

様

入院時情報提供用紙

※病院の患者情報として必要なものをお聞きします。記載の情報は病院のみで使用します。

① 入院・発病前の生活について、当てはまるものすべてにチェックをしてください。

| | | | | |
|------|--|---|--|---|
| 項目 | | | | |
| 食事 | <input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> 介助が必要 | <u>主食</u> <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー | <u>副食</u> <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> 刻む・小さく切る <input type="checkbox"/> ミキサー | <u>飲み物</u> <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> トロミつき |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> オムツ使用 | <u>尿（ 回／1日）</u> <input type="checkbox"/> トイレ歩行 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> フォーレ | <u>便（ 日に1回）</u> <input type="checkbox"/> トイレ歩行 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ | |
| 移動 | <input type="checkbox"/> 一人で歩く <input type="checkbox"/> 介助が必要 | <input type="checkbox"/> 補助具なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ウォーカー <input type="checkbox"/> ベッド（移動できない） | | |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助・準備が必要 <input type="checkbox"/> 自分でできない（デイサービスの利用） | | | |
| 認知行動 | <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> オムツいじり <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 会話が成り立たない | | | |

② 介護保険について

介護保険の申請（無・有・申請中）

要支援1 要支援2

要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5

担当ケアマネージャー _____ 様

利用しているサービス ヘルパー デイサービス ショート 訪問看護
利用していない その他（ _____ ）

主な介護者 _____ 様（ _____ ）