

【入院情報用紙】 当院看護上、必要な情報です。 ご記入願います。

様 (男 ・ 女)

生年月日：M・T・S・H 年 月 日 (歳)

保険： 国保 ・ 社保 ・ 生保 ・ 後高 ・ 障 ・ その他 ()

部一屋希望： 総室 ・ 個室

来院手段： 救急車 ・ 寝台車 ・ 車椅子対応車 ・ タクシー ・ 自家用車 ・ 不明

ADL状況：

寝返り： 不可 ・ 全介助 ・ 一部介助 ・ 自立

座位保持： 不可 ・ 支えがあれば可能 ・ 可能 (分程度)

車椅子： 移乗 (不可能 ・ 要介助 ・ 自立) 自操作 (不可能 ・ 可能)

起立： 起立不可能 ・ 全介助 ・ 一部介助 ・ 自立

歩行： 歩行不可能 ・ 平行棒歩行 ・ 介助歩行 ・ 歩行器使用 ・ 杖歩行 ・ 独歩

食事： 全介助 ・ 経管栄養 (胃瘻 ・ 腸瘻) ・ 一部介助 ・ 自立 (箸 ・ スプーン) ・ 点滴

食分量： ほぼ全量 ・ 半量 ・ 少量 食事内容： 常食 ・ その他 ()

排泄： オムツ ・ バルーンカテーテル ・ ポータブル (介助 ・ 自立) ・ トイレ (介助 ・ 自立)

尿意： 無 ・ 有 便意： 無 ・ 有

入浴： 機械浴 ・ 一般浴 (全介助 ・ 一部介助 ・ 自立) ・ シャワー浴 ・ 清拭のみ

ナースコール： 押せない ・ 押せる

意思疎通： 不可能 ・ 可能 (会話 ・ うなずき ・ ジェスチャー ・ 表情 ・ 道具使用)

その他： 介護 ・ 看護する上での注意点や問題点など

糖尿病： 無 ・ 有 (有の場合 ⇒ 身長 c m. / 体重 kg) 腎臓病： 無 ・ 有 (有の場合 ⇒ 栄養情報をお願いします)

心身状況：

意識レベル： (3 - 3 - 9 度方式)

【 I - 0 ・ I - 1 ・ I - 2 ・ I - 3 ・ II - 10 ・ II - 20 ・ II - 30 ・ III - 100 ・ III - 200 ・ III - 300 】

認知症： 有 (軽度 ・ 中度 ・ 高度) 【 HDS : MMS : 】

問題行動： 無 ・ 有 (見当識 ・ 大声 ・ 不穏 ・ せん妄 ・ 徘徊 ・ 暴力行為 ・ 不潔行為 ・ その他 ())

麻痺： 無 ・ 有 (四肢麻痺 ・ 対麻痺 ・ 右麻痺 ・ 左麻痺 ・ 単麻痺)

言語障害： 無 ・ 有 (発語不能 ・ 失語症 ・ 構音障害 ・ その他 ())

聴力障害： 無 ・ 有 (全く聞こえない ・ 大きな声なら聞こえる ・ 補聴器使用)

視力障害： 無 ・ 有 (全く見えない ・ 大きな字なら見える ・ 歩行に支障をきたす)

感染症： ①MRSA (+ ・ - ・ 検査中) 喀痰 ・ 咽頭 ・ 鼻腔 ・ 尿 ・ 褥瘡)

②緑膿菌 (+ ・ - ・ 検査中) 咽頭 ・ 鼻腔) ③HBV (+ ・ - ・ 検査中) ④HCV (+ ・ - ・ 検査中)

⑤梅毒 (+ ・ - ・ 検査中) ⑥ガフキー (肺炎等の場合) (+ ・ - ・ 検査中) その他 ((+ ・ - ・ 検査中))

皮膚疾患： 無 ・ 有 (疥癬 ・ その他 ())

褥瘡： 無 ・ 有 部位 () ・ 大きさ () ・ グレード ()

その他： 無 ・ 有 気管切開 (カニューレ 無 ・ 有 吸引回数 回/日)

酸素吸入 ・ 呼吸器 ・ 人工肛門 ・ IVH ・ その他 ()

他科受診： 無 ・ 有 当院他科治療中： (病名)

他院治療中： (病名 病院名：)

東都文京病院 医療連携室

TEL 03-3831-2181

FAX 03-3832-6920