

レスパイト入院 情報用紙 NO1

氏名	様	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	歳
住所			電話番号	自宅	—	—	
			携帯	—	—	—	
緊急連絡先							
①お名前	様	続柄					
携帯電話番号	—	—	自宅電話番号	—	—		
②お名前	様	続柄					
携帯電話番号	—	—	自宅電話番号	—	—		
③施設名			自宅電話番号	—	—		
④サービス業者名	担当ケアマネジャー						
介護認定 無 有 (要支援 2・1 要介護 1・2・3・4・5)							
入院理由				利用期間	月	日	～ 月 日
今までに入院した事、又は現在治療中の病気を記入下さい							
年齢	病名	病院名	○で囲ってください				
			治癒・治療中 (内服：あり・なし)				
			治癒・治療中 (内服：あり・なし)				
			治癒・治療中 (内服：あり・なし)				
			治癒・治療中 (内服：あり・なし)				
			治癒・治療中 (内服：あり・なし)				
家族構成			身長	体重			
記入例			cm	Kg			
			食物アレルギー				
			無・有 [ ]				
			薬物アレルギー				
			無・有 [ ]				
喫煙	現在	無・有	1日 ( ) 本	飲酒	無・有		
視覚障害	無・見えずらい (右・左・両眼) 失明 (右・左・両眼)						
	眼鏡 無・有 眼内レンズ 無・有 (右・左・両眼)						
聴覚障害	無・有 (聞こえずらい：右・左・両耳)			言語障害	無・有		
	補聴器 無・有 (右・左・両耳)				その他 ( )		

レスパイト入院 情報用紙 NO2

該当される□の中にし点を入れて下さい

食事	状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 嚥下障害	
	種類	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 粥食（全・7・5・3粥）	<input type="checkbox"/> 流動食	<input type="checkbox"/> 禁食	
		<input type="checkbox"/> きざみ食	<input type="checkbox"/> トロミ食	<input type="checkbox"/> ムース食		
		<input type="checkbox"/> 治療食（制限食品	）			
量	<input type="checkbox"/> 通常	<input type="checkbox"/> 半分（主食・副食・全体）	<input type="checkbox"/> その他（ ）			
お薬管理		<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 出来ない（管理している方）			
着替え	状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
整容	状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助（具体的介助）		
入浴	状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助（具体的介助）		
	種類	<input type="checkbox"/> お風呂	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
排尿	状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助（具体的介助）		
	種類	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> オムツ（ ）	
排便	状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助（具体的介助）		
	種類	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 摘便 回/週	
移動動作	状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 見守り		
	手段	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー
身体機能	状態	<input type="checkbox"/> 麻痺（ <input type="checkbox"/> 上肢右 <input type="checkbox"/> 上肢左 <input type="checkbox"/> 下肢右 <input type="checkbox"/> 下肢左 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
		<input type="checkbox"/> 床ずれ（部位 ） <input type="checkbox"/> 欠損（部位 ）				
		<input type="checkbox"/> 皮膚（部位 ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
処置	床ずれ	<input type="checkbox"/> 洗浄 <input type="checkbox"/> 軟膏 具体的方法（ ）				
	皮膚	<input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	その他	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器（機種名 ） <input type="checkbox"/> 気管切開（種類 ）				
		<input type="checkbox"/> 酸素（ <input type="checkbox"/> カヌラ <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> その他 ） <input type="checkbox"/> インシュリン				
コミュニケーション	精神障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（具体的な症状）				
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（診断名）				
		<input type="checkbox"/> 忘れっぽい <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 怒りっぽい				
		<input type="checkbox"/> その他（ ）				
睡眠状況	障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 眠剤服用 <input type="checkbox"/> その他）				
		せん妄 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 夜間徘徊 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 その他（ ）				
医療者に希望される内容をお書きください						