

患者情報収集シート

記入日 令和 年 月 日

ふりがな			
氏名	生年月日	年	月 日 () 歳
住所 (〒 -)			
電話番号	自宅 ()	-	
	携帯 ()	-	
その他 施設、ご家族の連絡先がございましたら、ご記入願います ()			
要介護度	要支援 (1・2)	要介護 (1・2・3・4・5)	
家族・キーパーソン			
病歴			
視力	右: (見える ・ やや見える ・ 視覚障害 ・ 見えない)		
	左: (見える ・ やや見える ・ 視覚障害 ・ 見えない)		
聴力	右: (聞こえる ・ 聞こえづらい ・ 補聴器 ・ 聞こえない)		
	左: (聞こえる ・ 聞こえづらい ・ 補聴器 ・ 聞こえない)		
現在行われている処置等 (該当するものに○を付け、状態・程度をご記入下さい)			
・吸引 () ・酸素吸入 ()			
・気管切開 () ・CPAP ()			
・褥瘡 () ・監視モニター ()			
・感染症 ()			
特記事項			
運動器リハビリテーション (現在行っている場合にご記入をお願いします)			
開始日	年	月	日 疾患名 ()
週施行単位数	単位/週		
現在の処方内容 (別紙添付でも構いません)			

身体機能 (ADL) 該当事項に○をお願い致します。また特記事項等あればご記入下さい。

移動・麻痺	寝返り	可・不可	(見守り・一部介助・全介助) で可能
	起き上がり	可・不可	(見守り・一部介助・全介助) で可能
	座位保持	可・不可	(見守り・一部介助・全介助) で可能
	立位保持	可・不可	(見守り・一部介助・全介助) で可能
	歩行	可・不可	(見守り・一部介助・全介助) で可能
	麻痺	あり・なし	(見守り・一部介助・全介助)
食事	摂取	自立 ・ 一部解除 ・ 全介助	
	形態	(常食・きざみ・ミキサー・とろみ・経管栄養)	
	嚥下機能評価	(問題なし・むせ・むせ呼吸変化を伴う・経口摂取不可)	
清潔	入浴	一般浴 ・ シャワー浴 ・ その他 ()	
	入浴の状態	(見守り ・ 一部介助 ・ 全介助) (車椅子)	
	更衣	(自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)	
排尿	状態	トイレ ・ 留置カテ ・ 導尿 ・ オムツ ・ 膀胱瘻	
	自立度	(自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助)	
	特記事項	()	
排便	状態	トイレ ・ オムツ ・ 膀胱瘻 ・ ストーマ	
	自立度	(自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助)	
	特記事項	()	
コミュニケーション	会話	可・不可	出来る (5・4・3・2・1) 出来ない
	意思疎通	可・不可	出来る (5・4・3・2・1) 出来ない
	意思表示	可・不可	出来る (5・4・3・2・1) 出来ない
	理解力	あり・なし	あり (5・4・3・2・1) なし
	意欲	あり・なし	あり (5・4・3・2・1) なし
	精神状態	(安定 ・ 不穏 ・ うつ ・ 精神疾患あり)	
その他	失行・失認	あり ・ なし	
	行動	(独語 ・ 奇声 ・ 徘徊 ・ 暴言 ・ 暴力)	
	睡眠	睡眠導入剤の使用 (あり ・ なし)	
認知症	認知症高齢者の日常生活自立度 (厚生労働省)		
	自立度	7段階 (I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M)	
	特記事項	()	
その他、連絡事項がございましたらご記入お願い致します。			

医療法人社団元氣会

おぐま循環器内科・リハビリテーションクリニック

地域連携室 TEL 011 - 662 - 7000

FAX 011 - 662 - 2000