

平成 年 月 日

## 診療情報提供書

滝野川病院附属介護老人保健施設

医療機関名

所在地

名称

担当医

電話

ふりがな	明・大・昭
氏名	男 女
住所	年 月 日生 歳
	電話
主病名	
既往症	
経過	
処方	

胸部所見	平成 年 月 日 撮影日			
心電図所見	平成 年 月 日 検査日			
身長 体重	cm		kg	
尿 平成 年 月 日 検査日	蛋白 ( )	糖 ( )	潜血 ( )	
身体状況	拘縮 なし あり (部位 ) 麻痺 なし あり (部位 )			
禁忌動作 肢位	なし あり (具体的に )			
皮膚疾患	なし あり (具体的に )			
血圧	High		/ Low	
血液所見 平成 年 月 日 検査日	WBC		TP	
	RBC		Alb	
	Hb		GOT	
	Ht		GPT	
	Plt		γ-GTP	
	Na		T-cho	
	K		LDL-cho	
	CL		TG	
	BUN		UA	
	Cr		FBS	
	HbA1c	糖尿病の既往がある場合		
	PT-INR	ワーファリン服用の場合		
	Fe	貧血の既往がある場合		
	感染症	平成 年 月 日 検査日 HBS抗原 ( ) HCV抗体 ( ) MRSA ( )		

# アセスメント用紙①

記入日

年

月

日

記入者

ふりがな 氏名		生年月日 M T S 年 月 日 歳		
住所		TEL		
ふりがな 連絡先		続柄 TEL		
		携帯		
ふりがな 連絡先		続柄 TEL		
		携帯		
家族図		主介護者		
		介護者仕事		
		家族関係		
経済状況	主な収入	万/月	その他の収入	
	可能な負担額	万/月	限度額認定証等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

## 保険情報

介護保険者番号	被保険者番号
居宅介護支援事業所	担当
認定日	要介護状態区分
認定有効期間	
身体障害者手帳	
医療証特記	

## 日常生活情報

生活歴 生活状況	
性格 職業	
趣味 楽しみ	
生活場所の希望	本人 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 不明
	家族 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 不明

# 入所アセスメント表

利用者氏名 \_\_\_\_\_

記入日 年 月 日

## 1、食事について

主食は	ごはん      おかゆ( 分)      パン      パン粥
おかず	ふつう      やわらかめ      一口大      きざみ      ペースト
食事内容での制限はありますか	
食べられないものはありますか	
平均食事量はどのくらいですか	全量      半分      半分以下      具体的に(      )
食事は一人で食べられますか	自立      一部介助      見守り      全介助
飲み込みはどうか	できる      見守り      できない
トロミを使用していますか	使用している      使用していない
義歯の使用について	使用している      使用していない

## 2、日常生活動作について (該当する項目に○をしてください)

		自立	見守り	一部介助	全介助	使用物品等
排泄(昼)	尿意(あり・なし)便意(あり・なし)					トイレ 尿器・PTイレ リハビリ オムツ・パッド
排泄(夜)						トイレ 尿器・PTイレ リハビリ オムツ・パッド
移動						杖 シルバーカー 歩行器 車いす
寝返り						エアマット使用 ( 有 ・ 無 )
起き上がり						
座位						
移乗						
立ち上がり						
立位						
過去に転倒したことはありますか		ある 予防策 (      )      なし				

## 3、服の脱ぎ着について

服の脱ぎ着は	自立      一部介助      見守り      全介助
--------	--------------------------------

## 4、入浴について

入浴について	自立      一部介助      全介助 (機械浴・一般浴)
--------	---------------------------------

## 5、視力について

視力は	生活に支障がない      見えにくい      ほとんど見えない
-----	-----------------------------------

## 6、聴力について

耳は聞こえますか	生活に支障がない      大きな声なら聞こえる      ほとんど聞こえない
----------	---

## 7、意思の疎通について

自分の意思を伝えられる	伝えられる	時々伝えられる	伝えられない
伝える方法(言葉以外の方法)	筆談	その他 ( )	
他者の話を	理解できる	時々理解できる	理解できない

## 8、処置等

医療処置等がありますか	尿留置カテーテル	酸素療法	インスリン注射	人工肛門
	じよく瘡	胃ろう経鼻栄養	その他( )	

## 9、精神状態について

生活上差し障りのある物忘れが	ある	時々ある	ない
物忘れを自覚していないことが	ある	時々ある	ない
周囲のことに無関心なことが	ある	時々ある	ない
物が盗られたなど被害的になることが	ある	時々ある	ない
作り話をして相手を混乱させることが	ある	時々ある	ない
たえず身体の痛みを訴えることが	ある	時々ある	ない
ないものが見えたり、聞こえたりすることが	ある	時々ある	ない
よく独り言を言っていることが	ある	時々ある	ない
泣いたり、笑ったり感情が不安定になることが	ある	時々ある	ない
夜眠れないことや、昼間眠りがちになることが	ある	時々ある	ない
乱暴な言葉をいったり、行動をとることが	ある	時々ある	ない
音を立て続けることや大声を出すことが	ある	時々ある	ない
介助や助言に抵抗することが	ある	時々ある	ない
目的もなく動き回ることや落ち着きがなくなることが	ある	時々ある	ない
いろいろな物をを集めたり、無断で持ってくるものが	ある	時々ある	ない
衣服を着せても脱いでしまうことが	ある	時々ある	ない
物を壊したり、衣服を破いたりすることが	ある	時々ある	ない
食べられないものを口に入れてしまうことが	ある	時々ある	ない
排泄物をいじってしまうことが	ある	時々ある	ない
トイレ以外の場所で排泄してしまうことが	ある	時々ある	ない