

患者情報カード(医療療養病棟、障害者病棟用)

年 月 日 記載  
 記載: 病院  
 (職種: )  
 (氏名: )

No1

ふりがな 患者氏名	様 (男・女)	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日生( 歳)
自宅住所	県 市 区 郡 町	TEL( )	-
診断名 1	(特記等 例:禁中薬剤、アレルギー等)		
2			
3			
4			
5			
患者の状態・処置・看護・介護			
1 医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養(部位: ) <input type="checkbox"/> 抹消持続 <input type="checkbox"/> 適時 <input type="checkbox"/> 内容( ) <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> 透析 ( <input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> CAPD) <input type="checkbox"/> シャント肢(右・左) <input type="checkbox"/> 長期カテ <input type="checkbox"/> 治療(月・火・水・木・金・土) <input type="checkbox"/> ストマー処置( <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 尿) 交換頻度( ) 種類( ) <input type="checkbox"/> 酸素療法(安静時: L 労作時: L) <input type="checkbox"/> レスピレーター管理 <input type="checkbox"/> 気管切開 種類( ) 処置( ) 交感頻度( ) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引( <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 気道) 1日回数( ) <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 部位と処置( ) <input type="checkbox"/> 経管栄養法( <input type="checkbox"/> 胃婁 (種類 ) 固定液( cc) <input type="checkbox"/> 腸瘻 種類( ) <input type="checkbox"/> 鼻腔チューブ 種類( ) 最終交換日( ) <input type="checkbox"/> 尿失禁・尿閉の処置( <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 尿道留置) カテーテル種類( ) 最終交換日( ) <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 DESIGN-R( ) <input type="checkbox"/> エアマット( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) 部位と大きさ( ) 処置( ) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患部位・処置( ) <input type="checkbox"/> インスリン注射 自己注射( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) 方法( <input type="checkbox"/> 一定量投与 <input type="checkbox"/> スケール投与) 1日 回 時間と単位( ) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> BSチェック(1日 検) 補正( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 睡眠( <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 眠剤使用( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 頻度( ) <input type="checkbox"/> リハビリ( <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST)		
2 感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> MRSA( <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検) 検出部( ) 最終確認日( ) <input type="checkbox"/> HB( <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検) <input type="checkbox"/> HCV( <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検) <input type="checkbox"/> HIV( <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検) <input type="checkbox"/> ワ氏( <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検) <input type="checkbox"/> その他( )		
3 身体の状態	<input type="checkbox"/> 寝たきり(期間 年 月 日頃より) <input type="checkbox"/> 麻痺( <input type="checkbox"/> 完全麻痺 <input type="checkbox"/> 不全麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 関節拘縮 肩( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 手関節( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 肘( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 股( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 膝( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 足関節( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 失調・不随意運動 上肢( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 下肢( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 体幹( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		
4 寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> 全介助 体位交換( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) 頻度( 時間ごと)		

患者情報カード(医療療養病棟、障害者病棟用)

No.2

5 起き上がり	<input type="checkbox"/> できる 見守り( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> つかまればできる 介助( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> できない
6 座位保持	<input type="checkbox"/> できる 見守り( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> 支えればできる 介助( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> できない
7 立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる 見守り( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> つかまればできる 介助( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> できない
8 歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り( <input type="checkbox"/> 一部介助) <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> リハビリ予定 歩行補助具 <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 杖種類( ) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行車
9 車いす移乗	<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 移乗( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない) 車いす自走( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない)
10 視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 多少見える <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明 眼鏡( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 装着( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)
11 聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 多少聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 不明 補聴器( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 装着( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可)
12 口腔の状態	<input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 治療( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) 咀嚼( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない) 嚥下( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> できない) 歯磨き( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 喀痰( <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない) 発語( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 構音障害( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 失語( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
13 食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる 見守り( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助内容: ) <input type="checkbox"/> 栄養状態( <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) <input type="checkbox"/> ムセ(有・無)
14 食事内容	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥食 <input type="checkbox"/> ( )分粥 <input type="checkbox"/> 治療食( ) <input type="checkbox"/> 糖尿食単位( ) <input type="checkbox"/> 水分トロミ( <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 濃度: ) <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養食 (栄養剤: ( P) ( P) ( P) 白湯( ) ( ) ( ) 栄養・食生活上留意点( )
15 薬の内服	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 介助内容( )
16 排尿状態	<input type="checkbox"/> 自己導尿 介助( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> トイレ( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)
17 排便状況	排便状況( 日/ 回) <input type="checkbox"/> 便意あり( <input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 薬剤(種類: ) <input type="checkbox"/> 摘便) <input type="checkbox"/> 失便 <input type="checkbox"/> 便器 介助( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> トイレ( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助)
18 保清	浴槽出入り( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 身体を洗う( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 清拭( <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 脱衣( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 見守り( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) (補足 )
19 更衣	装着( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 脱衣( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 見守り( <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否)
20 癌告知	本人( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 家族( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
21 短期記憶	問題( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 行動心理症状(BPSD)( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 精神・神経症状( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (症状名 )
22 認知能力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
23 伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限ら得る <input type="checkbox"/> 伝えられない ナースコール( <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> その他( )
24 認知症 周辺症状	( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他
25 日常生活自立	【障害者】 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 【高齢者】 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 長谷川式( 点) MMSE( 点)

患者情報カード(医療療養病棟、障害者病棟用)

No.3

26 介護・障害情報	<p>【介護保険】<input type="checkbox"/>申請済 <input type="checkbox"/>未申請 (要介護 <input type="checkbox"/>・要支援 <input type="checkbox"/> )                  利用サービス( <input type="checkbox"/> )                  担当ケアマネジャー：(事業所名)                  (ケアマネジャー)</p> <p>【障害】 <input type="checkbox"/>身体障害( <input type="checkbox"/>級) <input type="checkbox"/>知的障害(療育手帳 <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/>精神障害( <input type="checkbox"/>級)                  障害支援区分 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 (区分： <input type="checkbox"/> )                  利用サービス( <input type="checkbox"/> )                  担当相談支援専門員：(事業所名)                  (相談支援専門員)</p>
27 家族	<p><input type="checkbox"/>独居 <input type="checkbox"/>同居 <input type="checkbox"/>未婚 <input type="checkbox"/>既婚                  同居人 <input type="checkbox"/>夫 <input type="checkbox"/>妻 <input type="checkbox"/>子供( <input type="checkbox"/> ) <input type="checkbox"/>父 <input type="checkbox"/>母 <input type="checkbox"/>祖父 <input type="checkbox"/>祖母 <input type="checkbox"/>兄弟姉妹  <input type="checkbox"/>その他( <input type="checkbox"/> )</p> <p>キーパソン <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無                  (氏名： <input type="checkbox"/> 関係： <input type="checkbox"/> )                  (連絡先： <input type="checkbox"/> )</p> <p>緊急連絡先 <input type="checkbox"/>連絡先と同じ <input type="checkbox"/>その他                  (氏名： <input type="checkbox"/> 関係： <input type="checkbox"/> )                  (連絡先： <input type="checkbox"/> )</p> <p>家族関係 <input type="checkbox"/>協力的 <input type="checkbox"/>非協力的</p> <p>【家族図】</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 400px; height: 150px; margin-left: 100px;"></div>
28 経済状況	<p>生活保護(<input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無)                  医療費未納(<input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無)</p>
29 入院の目的 (今後の方針)	<p><input type="checkbox"/>専門的治療 <input type="checkbox"/>施設入所待機 <input type="checkbox"/>自宅退院待機 <input type="checkbox"/>リハビリ</p>
30 特記事項	<p>軟膏： <input type="checkbox"/> 点眼： <input type="checkbox"/></p> <p>定期受診先(<input type="checkbox"/>有・<input type="checkbox"/>無) (病院名： <input type="checkbox"/> 診療科： <input type="checkbox"/> )                  (次の受診日： <input type="checkbox"/> )                  (通院手段：<input type="checkbox"/>自家用車 <input type="checkbox"/>福祉タクシー <input type="checkbox"/>真仁会送迎車)                  (同乗者：<input type="checkbox"/>有(<input type="checkbox"/>家族 <input type="checkbox"/>ヘルパー <input type="checkbox"/>その他 <input type="checkbox"/> )・<input type="checkbox"/>無 )</p>