

患者情報カード

年 月 日

記載: 病院
(氏名:)

No1

ふりがな 患者氏名	様	(男・女)	生年月日 年 月 日生(歳)
自宅住所	TEL() -		
診断名 1 2 3 4	特記: アレルギー、禁忌薬等		
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"/> 末梢 <input type="checkbox"/> 皮下 内容() <input type="checkbox"/> 透析(<input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> CAPD) <input type="checkbox"/> シャント(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 長期カテ <input type="checkbox"/> 治療(月・火・水・木・金・土) <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <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() 交換頻度() <input type="checkbox"/> 経管栄養法(<input type="checkbox"/> 胃婁 <input type="checkbox"/> 鼻腔チューブ <input type="checkbox"/> 腸瘻) カテテル種類() 最終交換日() <input type="checkbox"/> 喀痰吸引(<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 気管) 1日回数() <input type="checkbox"/> 尿閉の処置(<input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテテル) カテテル種類() 最終交換日() <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"/> 褥瘡の処置 部位・大きさ・処置内容() <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 部位・処置内容() <input type="checkbox"/> エアマットの使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <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・単位() <input type="checkbox"/> BSチェック(1日 検) <input type="checkbox"/> 補正(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
2 緩和ケア	<input type="checkbox"/> 癌告知 本人(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 家族(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 疼痛の管理(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 内容()		
3 リハビリ	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 廃用症候群 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 心大血管 ※呼吸器・心リハは算定不可 <input type="checkbox"/> 診断名() <input type="checkbox"/> 発症日() <input type="checkbox"/> リハビリ起算日() <input type="checkbox"/> 摂食嚥下療法の実施(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 目標設定支援・管理料の算定(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
4 感染症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <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()		
5 身体状況	<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"/> 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) <input type="checkbox"/> 関節拘縮(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 部位:)		
6 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 <input type="checkbox"/> 体位交換(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) 頻度(時間ごと)		
7 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		
8 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		
9 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		
10 歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> リハビリ予定 歩行補助具 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 杖() <input type="checkbox"/> 歩行器() <input type="checkbox"/> 歩行車		
11 車いす	<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"/> 自走(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない)		
12 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)		
13 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)		
14 嚥下機能	<input type="checkbox"/> 嚥下機能障害(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 嚥下(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> できない) <input type="checkbox"/> 咀嚼(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない)		
15 食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 見守り <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(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		

患者情報カード

No.2

16 食事内容	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ()分粥 <input type="checkbox"/> ペースト粥 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 普通菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み菜(大きさ:) <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 水分トロミ(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 濃度:) <input type="checkbox"/> 治療食() <input type="checkbox"/> 糖尿食() <input type="checkbox"/> 経管栄養 栄養剤: (P)(P)(P) 白湯()()() <input type="checkbox"/> 栄養・食生活上の留意点()
17 口腔の状態	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯(<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 総義歯(<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下) <input type="checkbox"/> 治療(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> 歯磨き(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 喀痰(<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない) <input type="checkbox"/> 発語(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 構音障害(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 失語(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
18 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()
19 排尿状況	<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) <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"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 自己導尿 介助(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル
20 排便状況	<input type="checkbox"/> 便意あり <input type="checkbox"/> 便意なし <input type="checkbox"/> 自然排便 <input type="checkbox"/> 薬剤使用(種類:) <input type="checkbox"/> 摘便 <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) <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"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 排便状況(日/ 回)
21 保清	<input type="checkbox"/> 浴槽出入(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 身体を洗う(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 清拭(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 見守り(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否)
22 更衣	<input type="checkbox"/> 装着(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 脱衣(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 見守り(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否)
23 睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 眠剤使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 薬剤・頻度()
24 短期記憶	<input type="checkbox"/> 支障あり <input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 精神・神経症状(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (症状名)
26 認知・伝達能力	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない <input type="checkbox"/> 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()
27 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()
28 危険行動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体抑制(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 内容・対策方法()
28 日常生活自立度	【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)
29 介護・障害情報	【介護保険】 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 認定済み(介護度 認定期間) <input type="checkbox"/> 申請中 担当ケアマネジャー:(事業所名) (ケアマネジャー) 利用サービス() 【障害】 <input type="checkbox"/> 身体障害(級) <input type="checkbox"/> 知的障害(療育手帳 級) <input type="checkbox"/> 精神障害(級) 障害支援区分 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (区分:) 担当相談支援専門員:(事業所名) (相談支援専門員)
30 家族状況	<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"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他() キーパーソン <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【家族図】 (氏名: 関係:) (連絡先:) 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 連絡先と同じ <input type="checkbox"/> その他 (氏名: 関係:) (連絡先:) 家族関係 <input type="checkbox"/> 協力的 <input type="checkbox"/> 非協力的 <div style="border: 1px dashed black; width: 200px; height: 100px; margin-left: 400px;"></div>
31 経済状況	<input type="checkbox"/> 生活保護(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 医療費助成(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 限度額認定(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 医療費未納(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
32 入院の目的	<input type="checkbox"/> 専門的治療 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 自宅退院調整 <input type="checkbox"/> 施設入所待機 <input type="checkbox"/> 長期療養 (今後の方針)
33 特記事項	