

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"/>)</p> <p>利用サービス(<input type="checkbox"/>)</p> <p>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)</p> <p>障害支援区分 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 (区分： <input type="checkbox"/>)</p> <p>利用サービス(<input type="checkbox"/>)</p> <p>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</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/>その他(<input type="checkbox"/>)</p> <p>キーパソン <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</p> <p>(氏名： <input type="checkbox"/> 関係： <input type="checkbox"/>)</p> <p>(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</p> <p>(氏名： <input type="checkbox"/> 関係： <input type="checkbox"/>)</p> <p>(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)</p> <p>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"/>)</p> <p>(次回の受診日： <input type="checkbox"/>)</p> <p>(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)</p> <p>(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> |