

確認票

令和 年 月 日

【送信先】

広島グリーンヒル病院 地域連携室 宛

TEL:082-929-1110(代) FAX:082-927-2222(直)

【発信元】

病院/施設名:

担当者:

患者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年 月 日生 () 歳																			
		要介護度 []		<input type="checkbox"/> 新規・変更申請中(申請日:)																			
日常生活動作	麻痺	<input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> なし			【備考】																		
	寝返り	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない																					
	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない																					
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない																					
	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 (自操: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能) <input type="checkbox"/> ストレッチャー																					
	移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り下でできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない																					
	食事	嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり (とろみ: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明																				
		摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口摂取 ⇒ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 点滴																				
		注入食 または IVHメニュー	注入商品名: 【注入量・輸液量】																				
	食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> むすび <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> パースト			総カロリー kcal/日																	
		副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> パースト			摂取量 割																	
	アレルギー	薬剤	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし																				
		食物	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし																				
	更衣	着脱	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できない																				
	排泄	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明瞭																				
便意		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明瞭																					
排泄動作		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																					
排泄手段		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> P-トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 人工肛門																					
整容	<input type="checkbox"/> セッティングで自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																						
入浴	<input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 特別浴																						
意思伝達	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない																					
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない																					
	意思伝達	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくら困難 <input type="checkbox"/> 具体的欲求のみ <input type="checkbox"/> 伝えられない																					
ナースコール	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 頻回(訴えの内容) <input type="checkbox"/> できない																						
認知機能	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 { <table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 物忘れ</td> <td><input type="checkbox"/> 幻視・幻聴</td> <td><input type="checkbox"/> 妄想</td> <td><input type="checkbox"/> 昼夜逆転</td> <td><input type="checkbox"/> 暴言暴力</td> <td><input type="checkbox"/> 大声・奇声</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 介護抵抗</td> <td><input type="checkbox"/> 不潔行為</td> <td><input type="checkbox"/> 徘徊</td> <td><input type="checkbox"/> 異食行為</td> <td><input type="checkbox"/> 転倒・転落</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 身体拘束</td> <td colspan="4">()</td> <td></td> </tr> </table> 【その他特記】					<input type="checkbox"/> 物忘れ	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言暴力	<input type="checkbox"/> 大声・奇声	<input type="checkbox"/> 介護抵抗	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 異食行為	<input type="checkbox"/> 転倒・転落		<input type="checkbox"/> 身体拘束	()				
<input type="checkbox"/> 物忘れ	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言暴力	<input type="checkbox"/> 大声・奇声																		
<input type="checkbox"/> 介護抵抗	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 異食行為	<input type="checkbox"/> 転倒・転落																			
<input type="checkbox"/> 身体拘束	()																						
医療処置	気管切開	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 商品名() 型番() サイズ (OD: mm ID: mm Length: mm)	褥瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 部位・大きさ・処置内容	胃瘻	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし タイプ (パルン / バンパー) (チューブ / ボタン) サイズ (Fr. cm)																	
	酸素	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (l/分)	吸引	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (回/日)	インスリン	<input type="checkbox"/> あり (回/日) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回/日) <input type="checkbox"/> なし 血糖測定	体格	cm kg															
	感染症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> MRSA () <input type="checkbox"/> MDRP () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 検査中 <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 梅毒 (隔離対応 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)																					