

入院相談フォーム

相談日	H 年 月 日	相談者	
患者氏名	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 歳
住 所		TEL	
疾患名		発症年月日	H 年 月 日
		入院年月日	H 年 月 日
治療状況		家族状況	
		経済状況	(問題あり ・ 問題なし)
現在の状態について			
レスピレーター	(要 ・ 不要)	気管切開	(有 ・ 無)
酸 素	(有 ・ 無)	麻 痺	(有 ・ 無)
褥 瘡	(有 ・ 無)	M R S A	(有 ・ 無)()
寝返り	(自立・一部介助・介助)	在位保持	(自立・一部介助・介助)
起き上がり	(自立・一部介助・介助)	立上がり	(自立・一部介助・介助)
移 動	(独歩・杖・歩行器・車椅子)(自立・一部介助・介助)		
移 乗	(自立・一部介助・介助)		
車椅子駆動	(自立・一部介助・介助)		
入 浴	(清拭・シャワー・一般浴・機械浴)(自立・介助)		
排 泄	(身障トイレ・P - トイレ・尿器・リハパンツ・オムツ)(自立・介助)		
尿意・便意	(有 ・ 無)		
言語障害	(有 ・ 無)		
食 事	(経口摂取・経管栄養・胃瘻・IVH)(自立・一部介助・介助)		
理解の程度			
問題行動	(徘徊・大声・暴言暴行・その他【 】)		
他院受診	(必要・不要) 他院受診が必要な場合の病院・診療科・頻度 ()		
内 服			
相談内容			