

※医療状況を分かる範囲でご記入下さい

| | | | | | |
|--------------------|-------|--|---|-------|-----|
| 現病 (治療中等) | | | | | |
| 既往症 | | | | | |
| 医療行為について | 有 | 有の場合は、以下より該当行為をチェックして下さい | | | |
| | 無 | ・経管栄養(胃ろう 鼻腔 腸ろう) ・インスリン注射 ・喀痰吸引 ・人工肛門 ・バルーンカテーテル ・ペースメーカー ・在宅酸素 ・その他() | | | |
| 感染症の有無 (わかる範囲で) | ・結核 | 有 | 無 | ・疥癬 | 有 無 |
| | ・B型肝炎 | 有 | 無 | ・MRSA | 有 無 |
| | ・C型肝炎 | 有 | 無 | ・梅毒 | 有 無 |
| | ・その他 | () | | | |
| じよくそう | 有 (部位 |) | | 無 | |
| アレルギー | 有 (原因 |) | | 無 | |
| 処方薬 | | | | | |

※日常生活動作・介助の状況について

| | | | | | | |
|--------------------------------|---------|-----------|------------|-----------------------|-------|----------|
| 1 食事 | 形態(主食): | 常食 | 粥 | ミキサー | | |
| | 形態(副食): | 常食 | キザミ | 極キザミ | ミキサー | |
| | 摂取状況: | 自立 | 一部介助 | 半介助 | 全介助 | |
| | 食事摂取量: | 全量 | 半量 | 半量未満 | | |
| | 水分・汁物: | トロミの使用 | 有 | 無 | | |
| | 嚥下状況: | 良好 | 時々むせ込む | むせ込むことが多い | | |
| | 留意事項 | | | | | |
| 2 排泄 | 日中: | トイレ | ポータブルトイレ | オムツ (自立 見守り 一部介助 全介助) | | |
| | 夜間: | トイレ | ポータブルトイレ | オムツ (自立 見守り 一部介助 全介助) | | |
| | 尿意: | 有 | 無 | 便意: 有 無 | | |
| | 留意事項 | | | | | |
| 3 入浴 | 一般浴 | 機械浴 | | | | |
| | 留意事項 | | | | | |
| 4 移動 | 歩行 | 車椅子 | 歩行器 | シルバーカー | | |
| | 自立 | 見守り | 介助 | | | |
| | 転倒歴: | 有 (頻度 |) | | 無 | |
| | 留意事項 | | | | | |
| 5 麻痺・拘縮 | 麻痺: | 有 (部位 |) | | 無 | |
| | 拘縮: | 有 (部位 |) | | 無 | |
| 6 睡眠 | 問題なし | あまりよく眠れない | 不眠 | 昼夜逆転 | | |
| 7 心身などの状況 | 視力 | 普通 | 大きい字なら見える | ぼやけている | みえない | 眼鏡(有 無) |
| | 聴力 | 普通 | 大きな声なら聞こえる | ほとんど聞こえない | 聞こえない | 補聴器(有 無) |
| | 言語 | 話せる | なんとか話せる | まったく話せない | | |
| | 理解力 | あり | やや困難 | 困難 | | |
| | 記憶力 | 問題なし | たまに忘れる | ほとんどすぐ忘れる | | |
| | 留意事項 | | | | | |
| 8 気になる問題行 等があれば、記入 して下さい | | | | | | |

介護老人福祉施設 麦久保園 施設長殿

入所に関して私に関する情報を、保険者、記載事業所及びケアマネージャー、家族、麦久保園職員に照会することに同意します。

本人氏名 _____ 印

(代筆の場合は)代筆者名 _____ 印(続柄 _____)