

# 八王子山王病院 レスパイト入院連絡票

ふりがな 氏名	-----	男 ・ 女	生年 月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日 歳
家族連絡先	ふりがな ① 氏名	続柄	連絡先 — —	
	ふりがな ② 氏名	続柄	連絡先 — —	
介護保険	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 / 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中			
	ケア マネジャー	氏名	事業所	
	連絡先			
服用中の薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※処方内容 添付でも可			
	薬剤名	→ [ ]		
	内服薬の管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	薬品 ( )			
	食べ物 ( ) その他 ( )			
医療的 処置	褥瘡処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位 ( ) 大きさ ( ) 処置 ( )	
	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	チューブのサイズ ( ) 次回交換予定日 ( 年 月 日頃)	
	痰吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	頻度 ( 回/日)	
	酸素療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	酸素量 ( ℓ/分 マスク ・ カヌラ )	
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	→ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	

食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	1日 ( )食 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> とろみ付き <input type="checkbox"/> 制限食 ( ) kcal <input type="checkbox"/> 端座位 <input type="checkbox"/> ベッドアップ		
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル ( ) Fr ( 月 日交換) <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便秘時の対応 ( ) <input type="checkbox"/> ストーマ → パウチ交換頻度 ( 日に1回) 誰がパウチ交換しているか ( )		
意識・ 精神状態	認知機能低下 ・ 認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 夜間の様子 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 不良 (薬剤使用: 有 ・ 無 )			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
活動	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )		
	視覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 眼鏡使用 ・ 全盲 ・ その他 )		
	聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 補聴器使用 ・ 筆談 )		
意思疎通	発語	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 問題なし ・ 単語 ・ 構音障害 )		
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難		
清潔・更衣	洗面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	清拭	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	<input type="checkbox"/> 口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		