

入所相談記録表

相談日： 令和 年 月 日

基本情報	フリガナ			男・女	生年月日	(歳)	
	患者氏名	様					
	患者住所						
	医療保険	国保・社保・後期高齢・生保・その他 ()			介護保険	要支援 ()	
	障害手帳	無・有 (種類:)				要介護 ()	
	キーパーソン					続柄	
	電話番号				携帯電話		
	相談者	施設名			担当者		
TEL				FAX			
利用者情報	入院(所)先	入院(所)先:					
		入院年月日:	~				
	主病名						
	麻痺	無・有 (全・右片・左片・下半身麻痺) (部位:)					
	歩行	自立・一部・全介助 (杖・歩行器・車いす・ストレッチャー)					
	排泄	自立・一部・全介助 (トイレ・ポータブル・尿器・バルン・紙オムツ)					
	食事	自立・一部・全介助 (普通食・軟飯・お粥・キザミ・ミキサー) 嚥下障害(無・有)					
	経管栄養	無・有 (経鼻・胃婁)					
	認知症	無・有 (徘徊・せん妄・大声や奇声を出す・その他 ())					
	気管切開	無・有					
	喀痰吸引	無・有 (8回未満/日・8回以上/日)					
	酸素	無・有 (カニューレ・マスク) (/時間)					
	褥瘡	無・有 (部位:)					
	転入理由						
	他科受診必要性	【 科 回/月、 科 回/月、 科 回/月 】					
家族の希望	急変時	急性期医療へ転院 → (希望 無・有 (希望病院:)					
	治療終了時	自宅・他施設 (希望施設名: 、手続き 済・未)・併設 (病院・老健・GH)					
	これまでの経緯・家族関係等						

※診療情報提供書や看護サマリーを添付(後日でも)お願い致します。