**医療・介護情報確認書**

|  |  |
| --- | --- |
| **転院日** |  |
| **担当医** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **申込日** | 年　　　月　　　日 |
| **紹介元** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名前 | | 様 | | 年齢：　歳 | | 性別： | | 医療区分： | | |
| 介護度 | | なし ／ 支援 １・２ ／ 介護 １・２・３・４・５ ／ 申請中 ／ 区変中 | | | | | | | | |
| 病名 | |  | | | | | | | | |
| 経過 | |  | | | | | | | | |
| 皮膚疾患 | | □褥瘡あり（部位：　　　　　　　大きさ：　　　　　　処置：　　　　　　　　）  □エアマット使用あり　□その他皮膚疾患あり（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 医療行為 | | □吸引（頻度　　回/日）□気管切開　□末梢点滴　□ＣＶ　□酸素（　　　ℓ）  □血糖チェック（頻度　　回/日）□ストマ　□注射　□輸血　□チューブ留置  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 紹介元入院時 | | 年　　月　　日　　　身長　　　㎝　　　体重　　　kg　　　BMI | | | | | | | | |
| アレルギー歴 | | 薬剤：　　　　　　　　　　　　　　　　食物： | | | | | | | | |
| 感染症 | |  | | | | | | | | |
| DNAR | | 未確認・確認済み | | | | | | | | |
| コロナワクチン | | 回（最終　　　年　　月　　日） | | | | | | | | |
|  | 薬剤耐性菌 | | 疥 癬 | | ノロウィルス | | COVID-19 | | その他 |
| 有・無 | 有・無 | | 有・無 | | 有・無 | | 有・無 | | 有・無 |
|  | 検査部位：　　　　菌種： | | 通常型・角化型（ノルウェー） | |  | |  | |  |
| 発症日 |  | |  | |  | |  | |  |
| KP | |  | | | | | | | |

**ＡＤＬ状況**

|  |  |
| --- | --- |
| 食事 | □経口：□自立　□見守り　□一部介助　□全介助  食事形態（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）摂取量（　割）  □経管：□経鼻　□胃ろう　□その他（　　　　　　　　　　　　　）  経腸栄養剤（＋白湯）  朝；　　　　　　　　　　　 昼；　　　　　　　　　　　 夕； |
| 排泄 | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助  　□尿意なし　□尿意あり　□ナースコール使用　□時間誘導  　□便器　□オムツ　□リハビリパンツ　□Pトイレ　□病棟トイレ　□フォーレ  　□夜のみ使用（□尿器　□オムツ　□リハビリパンツ　□Pトイレ）  　□便のみオムツ使用　□排便コントロール（□下剤　□浣腸　□その他　　　　　） |
| 移乗 | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助 |
| 移動 | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助  　□独歩　□歩行器　□車椅子自操　□車椅子介助　□ストレッチャー |
| 入浴 | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助 |
| 更衣 | □自立　□見守り・指示　□一部介助　□全介助 |
| 寝返り | □自分でうてる (□自立　□見守り)　□自分でうてない (□一部介助　□全介助) |
| 起き上がり | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助　□ギャッジアップ　□手すり使用 |
| 座位保持 | □自立　□見守り　□一部介助　□全介助　□ギャッジアップ　□手すり使用 |
| 嚥下障害 | □なし　□あり　□とろみ剤使用 |
| 言語障害 | □失語症　□構音障害  　□問題なし　□だいたい聞き取れる　□ほとんど聞き取れない　□聞こえない |
| 意思の伝達 | □問題なし　□多少困難　□具体的欲求のみ　□不能 |
| 意思決定能力 | □問題なし　□多少困難　□見守り必要　□判断不能 |
| 理解力 | □問題なし　□ほぼ理解できる　□簡単なことは理解できる　□理解できない |
| 視力 | □普通　□日常生活に支障がない程度　□ほとんど見えない　□見えない　□判断不能 |
| 聴力 | □普通　□大きな声であれば聞こえる　□聞こえない　□判断不能 |
| 精神症状 | 認知症周辺症状：  　□無  　□有；□暴力　□暴言・大声　□易怒性　□興奮性　□徘徊　□介護抵抗  　　　　□幻覚・妄想　□抑うつ　□昼夜逆転　□帰宅願望　□不潔行為　□せん妄  　　　　□その他  　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他のケア・対応を要する行動歴：  　□無  　□有；□カテーテル・点滴等の自己抜去歴　　　　□転倒・転落の危険  　　　　□その他  　　　　（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 身体的拘束歴：  　□無  　□有  　（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 入院生活上の問題点など | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 潟東けやき病院　連携室　高橋

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL：0256-86-3515　FAX：0256-86-3530