

入院時基本情報

入院日 令和 年 月 日 記入者 _____

フリガナ				性別			家族構成	
氏名	様			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
生年月日	年	月	日生	年齢	歳			
住所								
自宅TEL								
今回の入院における緊急連絡先								
①氏名		続柄		②氏名		続柄		
携帯TEL				携帯TEL				アレルギー
自宅TEL				自宅TEL				薬剤
身長	cm		体重	kg		食品		

食事に関する事項												
現在の食事内容	主食	<input type="checkbox"/>	ごはん	<input type="checkbox"/>	おかゆ	<input type="checkbox"/>	ミキサー	<input type="checkbox"/>	その他 ()			
	副食	<input type="checkbox"/>	普通	<input type="checkbox"/>	きざみ	<input type="checkbox"/>	ミキサー	<input type="checkbox"/>	その他 ()			
水分トロミ	<input type="checkbox"/>	なし	<input type="checkbox"/>	あり	(<input type="checkbox"/>	薄い	<input type="checkbox"/>	中間	<input type="checkbox"/>	濃い)
食事の姿勢	<input type="checkbox"/>	椅子	<input type="checkbox"/>	車いす	<input type="checkbox"/>	ベッド上						
食事の仕方	<input type="checkbox"/>	自立	<input type="checkbox"/>	セッティング	<input type="checkbox"/>	見守り	<input type="checkbox"/>	一部介助	<input type="checkbox"/>	全介助		
嚥下の状態												
飲み込みづらい				<input type="checkbox"/>	頻繁にある	<input type="checkbox"/>	時々ある	<input type="checkbox"/>	まれにある	<input type="checkbox"/>	なし	
食事中にむせる				<input type="checkbox"/>	頻繁にある	<input type="checkbox"/>	時々ある	<input type="checkbox"/>	まれにある	<input type="checkbox"/>	なし	
食事中や食後、のどがゴロゴロする				<input type="checkbox"/>	頻繁にある	<input type="checkbox"/>	時々ある	<input type="checkbox"/>	まれにある	<input type="checkbox"/>	なし	
のどに食べ物が残ったり、胸に詰まった感じがする				<input type="checkbox"/>	頻繁にある	<input type="checkbox"/>	時々ある	<input type="checkbox"/>	まれにある	<input type="checkbox"/>	なし	
固いものが食べにくくなった				<input type="checkbox"/>	頻繁にある	<input type="checkbox"/>	時々ある	<input type="checkbox"/>	まれにある	<input type="checkbox"/>	なし	
食べ物や酸っぱいものが胃からのどに戻ってくる				<input type="checkbox"/>	頻繁にある	<input type="checkbox"/>	時々ある	<input type="checkbox"/>	まれにある	<input type="checkbox"/>	なし	
声がかすれる				<input type="checkbox"/>	頻繁にある	<input type="checkbox"/>	時々ある	<input type="checkbox"/>	まれにある	<input type="checkbox"/>	なし	
食べるの時間がかかる				<input type="checkbox"/>	頻繁にある	<input type="checkbox"/>	時々ある	<input type="checkbox"/>	まれにある	<input type="checkbox"/>	なし	
体重が減ってきた			過去6か月以内	<input type="checkbox"/>	ある	<input type="checkbox"/>	なし					
			過去2週間以内	<input type="checkbox"/>	ある	<input type="checkbox"/>	なし					

入院前の行動											
ADL	使用機器	麻痺		排泄		睡眠					
<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 特殊寝台	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> 良眠					
<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> ホーパル	<input type="checkbox"/> 不眠					
<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 尿器	眠剤使用					
<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖			<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> おむつ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
	<input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> カフテイル	<input type="checkbox"/> 連日	<input type="checkbox"/> 時々				
認知と行動											
認知症	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	危険行動		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
抑うつ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	昼夜逆転		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
大声	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	介護拒否		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
独語	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	徘徊		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
指示が通じる	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 通じない								

当日確認事項 (看護師記載欄)											
体温	℃	持参品		<input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 上	<input type="checkbox"/> 下	<input type="checkbox"/> 部分)				
最終排便		<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 歯ブラシ、歯磨き粉							
本日の内服薬		<input type="checkbox"/> 靴	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> コップ							
朝	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> シルバーカー	<input type="checkbox"/> トロミ剤							
昼	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
ｲﾝｼﾞﾘﾝ		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
病棟看護師											

