

△△△△ 病

肺炎で入院した方の記載例

(記入日：H 27 年 11 月 10 日 入院日：H 27 年 11 月 10 日)

基本情報	フリガナ	シガ ハナコ		性別	生年月日		年齢	
	氏名	滋賀 花子 様		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	M・T・ ㊟ 3 年 11 月 16 日		87 歳	
	住所	彦根市〇〇町〇〇〇					家族状況	
	キーパーソン	滋賀 清美 様 (長男の妻) (TEL) 〇〇〇-△△-〇〇〇						
要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (2)							
	生活歴	夫を早くに亡くし、工場で 60 歳まで勤務し、二人の子どもを育てられる。息子家族とは関係が良いが県外で仕事が多忙。息子家族にはできるだけ迷惑かけたくないと、一人暮らしを頑張ってきた。近隣に友人や老人会の仲間との交流あり。					独居 主介護者	
入院歴	過去半年間の入院有無と原因疾患	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (H27年7月7日～27年8月18日) (原因疾患) 脳梗塞						
	屋内歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他				
屋外歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他					
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない	入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴					
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> パウチ						
福祉用具	<input checked="" type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> その他 ()							
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
食事摂取	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事形態	(普通) <input type="checkbox"/> 経管栄養					
入院前の生活上の困りごと	(本人の生活面の困りごと)		(家族の介護上の困りごと)		(住環境/用具使用上の課題)			
	トイレに行きたいが、足の力が落ちてきて歩きにくい。お茶でむせることが多い。青魚でじんましんが出てかゆくなる。		最近こける事が増えてきた。目が見にくいのか、インシュリンをうまく打てなくなってきた。		居室からトイレまで10mあり、段差(15cm)が多く、車イスは使えない。 <input checked="" type="checkbox"/> 住環境の写真・見取り図を添付			
認知機能	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明 (※ケアマネが入院前の状況を判断)							
BPSD	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す							
処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (___ 分/分) <input checked="" type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡							
薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (内服) <input checked="" type="checkbox"/> 一包化 (外用) <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> 点眼							
主治医	機関名	〇〇医院			医師名	大津タロウ 医師		
	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療 (頻度：月1回)			(TEL) △△△-●●●-◆◆◆				
歯科	機関名						<input type="checkbox"/> 訪問歯科	
薬局	機関名	〇〇薬局					<input type="checkbox"/> 訪問薬剤	
訪問看護	事業所名	〇〇訪問看護ステーション					(TEL) △△△-●●●-■●■	
リハ職	事業所名	(TEL)		リハ職氏名	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST			
介護サービス	利用日、サービス事業名、事業所名 月・木：訪問介護 火・金：通所介護 水：訪問看護 〇〇福祉用具事業所						<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 (1~3) を添付	
退院に向けて自宅での生活継続に対する思い	(本人) <input checked="" type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 不安							
	(家族) <input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input checked="" type="checkbox"/> どちらともいえない (本人次第) <input type="checkbox"/> 不安							
退院に向けてケアマネからみた生活上の一番の課題	トイレへの移動が、生活上の大きな支障になると思われます。動線部分には15cm程度の段差があり、車いすも使えないため、杖歩行が10m程度でき、かつ15cmの段差が越えられるよう、ご配慮頂ければ幸いです。							
事業所名	〇〇ケアプランセンター				担当者名	高島 和江		
所在地	彦根市〇〇町〇〇		(TEL) 〇〇〇-△△△-●●●●	(FAX) 〇〇〇-△△△-●●●■				