

4、お薬についてお伺いします。

1) 現在服用されている薬はありますか。また、どなたが管理していますか。

□なし □あり(管理者:本人 家族 その他)

5、病気のことで一番相談できる人はだれですか。ご関係をご記入ください。

(相談できる人: 関係:)

6、現在の職業についてお伺いします。仕事内容をご記入ください。

()

7、社会サービスについてお伺いします。

1) 要介護認定の交付はありますか。

□無 □有(要支援・要介護:) □申請中()

2) 身体障害者手帳の交付はありますか。

□無 □有

3) 精神障害者福祉手帳の交付はありますか。

□無 □有

4) 特定疾患・難病医療費助成制度認定の交付はありますか。

□無 □有 □申請中()

5) 利用している社会サービスはありますか。

□無

□訪問看護 □訪問診療 □訪問介護サービス(ヘルパー) □デイケア

□デイサービス □訪問入浴 □配食サービス □機能訓練事業

□ショートステイ

□職業リハビリテーション □地域生活支援センター □グループホーム

□その他()

6) 利用している社会サービスの連絡先を記入して下さい

()

7) ケアマネージャー・連絡先

()

8、臓器提供意思表示カードについてお伺いします。

□持っている □持っていない

9、危険度自己チェック

□最近転んだことがある □無 □1年以内に1回 □1年以内に2回以上

□目をつぶって足を揃えて立ったとき、ふらつく

10、緊急連絡先を2箇所記入して下さい

①氏名(続柄) 電話番号()

②氏名(続柄) 電話番号()

*中学生以下の方は感染症、予防接種について○印でお答えください。

麻疹	済	未（予防接種： 済 未 ）
風疹	済	未（予防接種： 済 未 ）
水痘	済	未（予防接種： 済 未 ）
流行性耳下腺炎	済	未（予防接種： 済 未 ）
ツベルクリン反応	陽性	陰性・ BCG（ 回）
ポリオ	未	済（ 1回 ・ 2回 ）
三種混合	未	済（ I期1回目・ I期2回目・ I期3回目・ I期追加）
MR（麻疹・風疹）	未	済（予防接種： 1回目 ・ 2回目 ）
その他		予防接種種類：

ご協力ありがとうございました。

*記入後病棟看護師にお渡しください

以下につきましては、看護師が生活動作について確認させていただきます。

（看護師記入欄のため、ご記入は不要です）

生活動作について

- 1) 移動：自立・つかまりで自立・見守り・一部介助・全介助
- 2) 移乗補助：自立・つかまり自立・見守り・一部介助・全介助
- 3) 移乗：自立・つかまり自立・見守り・一部介助・全介助
- 4) 食事内容：普通食・中間食・きざみ食・流動食
- 5) 食事動作：自立・見守り・一部介助・全介助
- 6) 更衣：自立・見守り・一部介助・全介助
- 7) 入浴：自立・見守り・一部介助・全介助・行っていない
- 8) 入浴補助：自立・見守り・一部介助・全介助・行っていない
- 9) 整容：自立・見守り・一部介助・全介助
- 10) 意思疎通：可能・ときどき・不可
- 11) 排尿状況：自立・見守り・一部介助・全介助
- 12) 排便状況：自立・見守り・一部介助・全介助