

生活情報調査票

患者氏名							
意識レベル	清明	JCS:		GCS:	E 点	V 点	M 点
神経所見	記銘力障害 見当識障害 左無視 右無視 半盲 認知症 高次脳機能障害 失語 失行 失認 構音障害 嚥下障害 程度: 軽 中 重 右片麻痺 左片麻痺 両麻痺 四肢麻痺 パーキンソニズム						
問題行動	幻視・幻聴 興奮 不穏 妄想 暴力 介護への抵抗 昼夜逆転 不眠 徘徊 危険行為 不潔行為 その他 ()						
	身体拘束 あり (方法:)			なし		転倒・転落歴 あり	
認知機能	HDS-R (点)						
口腔の状態	義歯 (適合 不適合)			口腔衛生 (良好 不良)			
食事	自立 一部介助 全介助						
	常食 アレルギー・嗜好等 ()						
	制限食 (Kcal) 塩分 (g) 蛋白 (g) 脂質 (g)						
	食事の形態 主食: ()分粥 全粥 米飯 嚥下食の形態 ()						
	経管栄養の内容						
	摂取量 主食(割) 副食(割) 栄養状態 良好 不良 NST関与 あり なし						
排尿・排便	自立 一部介助 全介助						
	尿失禁		頻回 時々あり なし		頻尿 あり なし		
	排尿		留置カテーテル オムツ 尿器		ポータブルトイレ トイレ		
	排便		オムツ 便器 ポータブルトイレ トイレ				
入浴・清潔	ベッド上清拭		洗面所使用 シャワー浴		機械浴 通常の浴槽に入浴		
視力・聴力	視力問題 なし あり ()			聴力問題 なし あり ()			
特別な医療	点滴 IVH 経鼻経管栄養 経胃瘻栄養 気管切開 酸素吸入 ネブライザー 喀痰吸引 膀胱留置カテーテル 間歇導尿 褥瘡処置 部位と方法 () モニター管理 その他 () なし						
寝返り	自立 一部介助 全介助						
起き上がり	自立 一部介助 全介助						
座位	自立 一部介助 全介助						
立位	自立 一部介助 全介助						
移乗	自立 一部介助 全介助						
移動	自立 一部介助 全介助		杖 車いす 歩行器				
整容	自立 一部介助 全介助						
更衣	自立 一部介助 全介助						
コミュニケーション	できる		会話はできないが意志は伝えられる			できない	
理解力	できる		理解できるときとできない時がある			できない	
発症前の生活状況の概要							
家族構成	独居		配偶者あり		配偶者なし 同居者 ()		
キーパーソン	氏名		(続柄:) 住所			TEL	
今後の方向性	自宅		老人保健施設		その他の施設 病院		
住環境	戸建		集合住宅 (EVあり EVなし)		施設入所 住宅改修 (可 不可)		
本人・家族の希望 その他特記事項							
介護保険	未 申請中・区分変更 認定済み (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)						
保険情報	健康保険・国民健康保険・船員保険・後期高齢者保険・労災保険・生活保護・特定疾患受給者						
部屋希望	個室(7000円)・個室(5000円)・大部屋			FAX送信先 伊東市民病院 地域医療連携室 0557-32-5801			