

送信元： TEL：
記載者： （職種） 記載日：

フリガナ 患者氏名				男 女	明・大・昭・平			年 月 日（ 歳）		
既往歴								体格面	cm kg	
感染症等	HCV（－ ＋）		HBS（－ ＋）		MRSA（－ ＋〔検材： 〕）			梅毒（－ ＋）		
	疥癬（ 年 月頃）		結核（ 年 月頃）		その他（ ）					
コロナ感染歴	【 無 】 ・ 【 有（保健所届け出日 年 月 日） → 中等症以上（酸素吸入が必要な状態） はい ・ いいえ 】									
	貴院感染公費適用 なし ・ あり									
アレルギー										
移動	自立（ 杖 歩行器 ） 介助歩行 車いす（ 自立 介助 ） 移乗〔 可 不可 〕 担送〔 寝返り 可 不可 〕									
リハビリ	未実施 ・ 実施中									
	起算日： 年 月 日（※レセプト上の起算日を記入してください。）									
	種別： <input type="checkbox"/> 脳血管 <input type="checkbox"/> 運動器 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 心臓血管 <input type="checkbox"/> がん ⇒対象病名： <input type="checkbox"/> 廃用症候群（原疾患： 発症日： 年 月 日） （廃用診断日 年 月 日）									
	目標設定等支援・管理料の算定 あり ・ なし（ ） 算定開始日： 年 月 日									
	本人の意欲： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ムラあり									
栄養	自力 部分介助 全介助（形態 主食： 副食： アレルギー等： ）									
	食事摂取量（ ）			食欲		あり ・ なし ・ ムラあり				
	経管栄養（ 経鼻 胃瘻 その他〔 〕）			注入内容（ ）						
排泄	自立 誘導 ポータブル（ 自立 介助 ） オムツ リハパン 尿器 バルーン									
麻痺	無 有		（ 左上肢 右上肢 左下肢 右下肢 ）		拘縮		無 有（ 部位： ）			
視覚	支障なし 弱い		見えない 不明		聴覚		支障なし 弱い 聞こえない 不明			
言語障害	無 有		（ 失語 不明瞭 ）		意思疎通		可 時々可 困難			
認知症	無 有		もの忘れ程度 暴言暴行 介護抵抗 声出し 独語 不潔行為 幻覚幻聴 妄想							
			情緒不安定 自己抜去〔夜間帯： 良眠 せん妄 昼夜逆転傾向 眠剤服用 〕							
身体拘束	無 有		（ 抑制帯 ミトン つなぎ服 4本柵 その他： ）							
褥瘡	無 有		部位： 程度：							
			処置：（ エアマット 体圧分散 標準マット ）							
医療処置	TPN 末梢点滴 酸素（ ℓ） 吸引（約 回/日） その他（ ）									
	インシュリン（注射名・単位数 ）		その他（ ）							
特記事項			家族構成		※キーパーソンは★印でお書きください					
社会資源	介護保険		未申請 ・ 申請中 ・ 意見書（済・未） ・ 訪問調査日（ 年 月 日）		要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）					
	障害者手帳		無 有（等級・障害名： ）							
	その他減額証等		無 有（名称・該当区分： ）							
保険情報	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠		負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割							
	<input type="checkbox"/> 難病 無 ・ 有 ・ 申請中 病名（ ）		◇レセプトの適応 難病適応 ・ 適応外							
今後の 方向性	自宅		希望する時期（ ） 本人の身体状況等（ ）							
	施設入所		申し込み 未 済み（施設名： ）							
	病院転院		申し込み 未 済み（病院名： ）							