

## 基礎情報（データベース）

◎記入は黒のボールペンで、太枠内を記入してください。

◎病院からの連絡は連絡先①番の方からとさせていただきます。

【入院年月日】 年 月 日

ふりがな 氏名	様		男・女	生年月日	年	月	日生	(	歳)
本人住所							職歴		
連絡先	ふりがな								
	氏名	①	②	③					
	住所								
	続柄								
	電話								
携帯電話									
【病気・既往歴】			【本人の希望】			【家族の希望】			
現在服用中の薬	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有							
薬の自己管理	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない							
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(	本/日	・	喫煙年数	年)		
飲酒習慣	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(量	/日)					
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 食物	(					
			<input type="checkbox"/> 花粉	(	)	<input type="checkbox"/> 薬物	(		
			<input type="checkbox"/> 絆創膏	(	)	<input type="checkbox"/> その他	(		
毎日の食事の習慣	<input type="checkbox"/> 規則的	<input type="checkbox"/> 不規則	(1日	食)					
食べ物の好き嫌い	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(						
食欲	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有							
嚥下(飲み込み)困難	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有							
咀嚼困難	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有							
義歯	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有							
皮膚	<input type="checkbox"/> 乾燥	<input type="checkbox"/> 発赤	<input type="checkbox"/> 傷が治りにくい	<input type="checkbox"/> 掻痒(かゆみ)					
	<input type="checkbox"/> 湿潤	<input type="checkbox"/> 発汗過剰	<input type="checkbox"/> その他	(					
褥瘡(床ずれ)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(						

排尿習慣	大体	回/日(うち就寝後 回)	尿失禁	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
排便習慣		<input type="checkbox"/> 規則的( 回/日)	<input type="checkbox"/> 不規則		
便通のため使用する薬剤	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )			
排泄手段	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> ポータブル	
その他の問題	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )			
睡眠時間	一日平均	時間			
安定剤	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( )			
趣味又は好きなこと					
生活習慣	例:毎朝栄養ドリンクを飲む。				
宗 教					
●聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	【補聴器】	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
●視覚	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	【眼鏡・コンタクト】	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
●言語障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	例:脳梗塞をおこし言葉がでにくい		
●認知症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	例:物忘れがひどい		
●疼痛	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	例:歩くと膝が痛い		
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( 級 )			
要介護度認定	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請中		
	<input type="checkbox"/> 要介護( )		<input type="checkbox"/> 要支援( )		
【介護保険認定期間】	年	月	日	~	年 月 日
記入日			年	月	日
記入者氏名			本人・続柄( )		

確認日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 確認者氏名 \_\_\_\_\_

ご記入に際し、ご不明な点がございましたら地域連携室までお問い合わせください。