

入院予約管理カード

中通ID ()

病 院 名				代表電話番号:
主 治 医				病 棟 名 : 病棟
フリガナ 患者氏名		性別 男・女	年齢 歳	
傷病内容	主病名(病 巣)			
	合 併 症			
	発症日・手術日	発症日:	手術日:	術式
主な障害				JCS()
日常生活機能評価を○印で記入		0点	1点	2点
	床上安静の指示	なし	あり	
	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
	起き上がり	できる	できない	
	座位保持	できる	支えがあればできる	できない
	移 乗	介助なし	見守り 一部介助	全介助
	移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動	
	口腔清潔	介助なし	介助あり	
	食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
	衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
	他者への意志伝達	できる	できる時と できない時がある	できない
	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
	危険行動	ない	ある	
	評 価 日 : 月 日 点 数 : 点			
	排 泄	膀胱留置カテーテル 有・無	自立	一部介助
食 事	種類() ○して下さい 粥・米飯→全量・1/2量 副食量→全量・1/2量 コメントを記入下さい ()		水分とろみ □有り □無し	
	濃流:種類()1回量()Kcal×()回 白湯の量(ml)×()回		アレルギー食品 有・無 有の場合:食品名 ()	ワファリン内服 □有・□無 利尿剤内服 □有・□無
患者の状態に該当するものにレ点記載	酸素療法 □有(L/分) □無 気管切開 □有(カニューレの種類)→予備1ヶ持参下さい□無			
	□点滴(末梢・CVC・PICC・ヘパロック中) 補液内容() 特記()			
	糖尿病治療(□インスリン □内服薬 □食事療法) □胃瘻(チューブの種類) □NGチューブ			
	創処置(□創処置・□褥瘡処置) 褥瘡(部位:) その他()			
看護用品の使用に該当するものをレ点で記入	□吸引器 □体圧分散用具の使用(種類:) 体重() 身長()			
	□センサーの使用(種類:) □ミトン □介護衣 □抑制帯 □その他() □柵() 本使用			
感染症(検出検体を記入)	□検査未 □MRSA() □ESBL() その他() □HBV □HCV			
社会背景	□一人暮らし □家族と同居 □施設入所 キーパーソン:続柄() 氏名			
	復帰先 :			

下記の点線内は当院外来にて記入

受付日 : 年 月 日	入院予定日: 年 月 日 時刻
	予約病棟