

おび中央病院 入院受入票

医療機関名称：

紹介経路

- 急性期 地域包括 回復期 慢性期  
在宅 施設 外来 かかりつけ  
ケアセンター その他 ( )

【患者氏名】	さま	T・S・H	年	月	日	歳	男・女
【住 所】			TEL				
【主介護者①】	(続柄： )		TEL				
【主介護者②】	(続柄： )		TEL				

<疾患・状態>

<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養を実施している	部位： / G	輸液内容：
<input type="checkbox"/> 酸素療法 ( ) ℓ/min		
<input type="checkbox"/> 気管切開又は気管内挿管が行われている状態		
<input type="checkbox"/> 頻回な喀痰吸引	製品名：	mm
<input type="checkbox"/> 褥創に対する治療	回数：	1日 / 回
<input type="checkbox"/> 末梢神経障害による下肢末端の開放創に対する治療		
<input type="checkbox"/> 創傷（手術創・感染創）、皮膚潰瘍、下腿、足部の蜂巣炎、膿等の感染症の治療		
<input type="checkbox"/> 血糖検査を実施している状態	部位：	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> スケール使用
<input type="checkbox"/> 24時間持続点滴を実施している状態		
<input type="checkbox"/> 特定疾患	疾患名：	
<input type="checkbox"/> 脊髄損傷		
<input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患		
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ステージ分類・TNM分類
<input type="checkbox"/> その他	薬剤名：	
<input type="checkbox"/> 地域包括ケア病棟		

<療養上の問題>  なし HDS-R 点

<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 夜間せん妄	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転
<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 不安・不穏	<input type="checkbox"/> うつ状態	<input type="checkbox"/> 独語・奇声
<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> ベット柵乗り越え	<input type="checkbox"/> 拒食・拒薬	<input type="checkbox"/> 異食行為
<input type="checkbox"/> 頻回のナースコール	<input type="checkbox"/> 暴力・自傷行為		

<食 事> \*身長 cm \*体重 kg 絶食

経 管	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう	【製品名： Fr mm】
	【カロリー kcal 注入回数 回】	<input type="checkbox"/> ポンプ使用 <input type="checkbox"/> 束
経口	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食種	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> EC食 <input type="checkbox"/> NC食 <input type="checkbox"/> PC食 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	指示	加リ- kcal : Pr. g : 塩分 g : その他 ( )
	食形態	《嚥下調整食分類》 ※管理栄養士にご確認ください。 <input type="checkbox"/> Oj <input type="checkbox"/> Ot <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 普通食
	在宅食形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> リフト食 <input type="checkbox"/> P-スト食
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> 薄いとろみ <input type="checkbox"/> 中間のとろみ <input type="checkbox"/> 濃いとろみ
	アレルギー嗜好	<input type="checkbox"/> シヤム状 <input type="checkbox"/> ヨーグルト状 <input type="checkbox"/> コーンポタージュ状 <input type="checkbox"/> 牛乳状※咀嚼嚥下機能 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良

<ADL状況>

