

新規患者様生活状況表

この度は、患者様のご紹介を頂き、ありがとうございます。お手数をお掛け致しますが、ご記入の上、FAXにて返信をお願い致します。

診察前のご本人様の生活状況を把握させて頂き、訪問診療の参考に致します。宜しくお願い致します。

医療機関名 _____ 様 ご担当 _____ 様

電話番号 _____

居宅介護事業所 _____ 様 ケアマネージャー _____ 様

電話番号 _____

令和 年 月 日 記入

患者氏名	様	性別	生年月日	
------	---	----	------	--

寝たきり度 (該当するものに☑)

一部自立：何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する

J1 交通機関等を利用して外出する

J2 隣近所へなら外出する

準寝たきり：屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない

A1 日中はほとんどベッドから離れて生活する

A2 日中も寝たり起きたりの生活をしている

寝たきり1：屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ

B1 介助なしで車椅子に移乗し、食事・排泄はベッドから離れて行う

B2 介助により車椅子に移乗する

寝たきり2：一日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助を要する

C1 自力で寝返りをうつ

C2 自力で寝返りもうたない

日常生活活動 (ADL) の状況 (該当するものに☑) ▯ ▯ 移動

<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部自立・ <input type="checkbox"/> 全面介助			
移動	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部自立・ <input type="checkbox"/> 全面介助	食事	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部自立・ <input type="checkbox"/> 全面介助
排泄	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部自立・ <input type="checkbox"/> 全面介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部自立・ <input type="checkbox"/> 全面介助
更衣	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部自立・ <input type="checkbox"/> 全面介助	整容	<input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 一部自立・ <input type="checkbox"/> 全面介助

認知症老人の日常生活自立度 (該当するものに☑)

I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している

II a 家庭外で、日常生活に支障をきたす症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる

II b 家庭内でも、日常生活に支障をきたす症状・行動や意思疎通の困難さが多少みられても、誰かが注意していれば自立できる

III a 日中を中心として、日常生活に支障をきたす症状・行動や意思疎通の困難さが時々見られ、介護を必要とする

III b 夜間を中心として、日常生活に支障をきたす症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする

IV 著しい精神症状や問題行動あるいは、重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする

M 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患(意思疎通が全くできない寝たきり状態)が見られ、専門医療を必要とする

患者様 ご相談表

令和 年 月 日

ふりがな						生年月日				
患者様お名前						T・S	年	月	日	
ご住所	〒						性別	男・女		
電話番号						年齢	歳			
疾患名・病名										
既往症										
症 状・お困りのこと										
在宅療法 ※わかる範囲で構いませんので、ご使用中のものにチェック、ご記入をお願いいたします。		膀胱留置カテーテル	サイズ	Fr		在宅酸素	L		人工呼吸器	
		気管切開	カニューレ	交換頻度		インスリン	1日	回	人工肛門	
		経管栄養	*胃瘻・経鼻胃管	サイズ	Fr	中心静脈栄養	CVポート	IVH	*腎瘻	
		点滴	末梢・カフティポンプ	PCAポンプ		その他 ()
現在の病院	病院名					診療科	科			
	通院	ヶ月		回						
	入院	年		月	日	～	年	月	日	
主な介護者様氏名 (キーパーソン)						間柄				
ご住所	〒						同居・別居			
ご連絡先電話番号	ご自宅		携帯電話							
介護認定度	申請していない・申請中(申請日 月 日) 自立・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)									
医療健康保険	国民健康保険(70歳未満・前期高齢・後期高齢)・その他()									
障害認定・難病・公費	種別						認定級	級		
ケアマネージャー	有・無		ケアマネージャーお名前							
事業所名						電話番号				
ご利用サービス	訪問看護・訪問リハビリ・デイサービス・生活援助・身体介護・訪問介護・その他(
ご利用サービスの曜日・時間										
ご使用薬局名						ご紹介者名				
備考										

- * ご相談、ご面談の患者様は事前に現在の病院からの診療情報提供書を郵送又はFAXをお願いいたします。(ない場合でも相談可能で)
- * 初回訪問の際、可能であれば・健康保険証・限度額認定証(各種公費認定証)・介護保険証のコピーをお願いいたします。
- * 在宅での胃瘻、腎瘻の交換は行なっておりません。
- * ご記入はお分かりになる範囲で構いません。

医療法人修志会ファミリークリニック春日部 電話番号 048-796-5713
FAX番号 048-796-5714