

基本情報	ふりがな 患者氏名		<input type="checkbox"/> 男性	保険区分	
	生年月日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成		<input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 社保	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 労災
	年 月 日 歳			<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 前期高齢
	住所		連絡先： <input type="checkbox"/> 後期高齢 限度額区分 【 】		
紹介目的		<input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 継続加療 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> レスパイト <input type="checkbox"/> 療養病棟 <input type="checkbox"/> 施設調整			
部屋希望		<input type="checkbox"/> 大部屋 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 2人室 <input type="checkbox"/> 日程優先 <input type="checkbox"/> 短期個室希望			
医療行為	感染症		<input type="checkbox"/> 未検 <input type="checkbox"/> HB抗原 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> W氏		
			<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <b>検体</b> <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 血液		
	酸素		L <input type="checkbox"/> 鼻カスラ <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> その他		
	人工呼吸器		メーカー：		機種：
	喀痰吸引		回/日	ネプライザー <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	気管切開		カヌラ種類		<input type="checkbox"/> 単管 <input type="checkbox"/> 複管
	疼痛コントロール		内容：		
	処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 創		部位・大きさ 処置内容		
	インスリン 血糖測定		<input type="checkbox"/> スライディングスケール <input type="checkbox"/> 固定 内容 単位： <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 眠前		
	維持透析 シャント造設		<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 表在化動脈 <input type="checkbox"/> 長期留置カテ <input type="checkbox"/> 短期留置カテ		
点滴		<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> 抹消 <input type="checkbox"/> 皮下注射			
身体状況	移動		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	食事制限		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 塩分制限 <input type="checkbox"/> 腎臓食 kcal 塩分 g 蛋白 g 食形態： 主食 副食 とろみ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	経管栄養内容		栄養剤：		中間水：
	排泄		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> ストマ 尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	指示理解		<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 簡単な内容なら可 ナースコール <input type="checkbox"/> 押せる <input type="checkbox"/> 押せない		
	認知症		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 疑い <input type="checkbox"/> 見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 声出し <input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 介護抵抗		
	抑制		<input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> 抑制帯 <input type="checkbox"/> 体幹ベルト <input type="checkbox"/> 介護衣 <input type="checkbox"/> 4点柵		
	急変時		<input type="checkbox"/> 未確認 <input type="checkbox"/> DNAR <input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 挿管 <input type="checkbox"/> 心マ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器		
その他	家族構成 キーパーソン 続柄 【 】		本人・家族希望や疾病認識		
	介護保険申請		<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 未確認		
	ケアマネジャー		事業所 担当者		
	今後の方向性		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 療養病棟 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 未確認		