

## 仙南病院 入院相談チェックリスト

- 01:氏名 (よみがな: )
- 02:性別 男 女
- 03:生年月日 年 月 日 (年齢 歳)
- 04:住所
- 05:主病名
- 06:相談内容 (当院ご希望の理由等ご記入ください)
- 07:医療区分 3 2 1
- 08:前項 (07) の医療区分3・2に該当する内容を具体的にご記入ください。
- 09:ワ氏 あり なし 未検
- 10:HBsAg あり なし 未検
- 11:HCV あり なし 未検
- 12:MRSA あり なし 未検
- 13:MRSA 部位 咽頭 鼻腔 気管切開部 尿道口 股間  
褥瘡 その他 ( )
- 14:緑膿菌 あり なし 未検
- 15:緑膿菌部位 咽頭 鼻腔 気管切開部 尿道口 股間  
褥瘡 その他 ( )
- 16:たん吸引 無 有 (1日 回)
- 17:麻痺 無 有 (部位・状態: )
- 18:食事\_摂取 自立 一部介助 全介助 はし スプーン  
経鼻栄養 胃瘻 腸瘻 CV CVポート
- 19:食事\_形態 常食 全粥 七分粥 五分粥 流動食  
ミキサー 刻み とろみ有 ソフト食

- 治療食（内容：）
- 20:移動\_方法 □自立歩行 □伝い歩き □介助歩行 □杖 □歩行器  
□歩行器 □車椅子 □ストレッチャー □その他
- 21:車椅子自操 □できる □できない
- 22:移乗動作 □自立 □一部介助 □全介助
- 23:排泄\_昼\_使用機器 □病棟トイレ □身障トイレ □ポータブルトイレ  
□尿器 □オムツ □バルン・カテーテル □その他
- 24:排泄\_昼\_コール対応 □要 □不要
- 25:排泄\_夜\_使用機器 □病棟トイレ □身障トイレ □ポータブルトイレ  
□尿器 □オムツ □バルン・カテーテル □その他
- 26:排泄\_夜\_コール対応 □要 □不要
- 27:更衣 □自立 □一部介助 □全介助
- 28:入浴 □自立 □一般浴/部分介助 □シャワー □清拭  
□リフト浴/部分介助 □リフト浴/全介助 □特浴 □その他
- 29:意識レベル □清明 □障害あり（JCS：）
- 30:会話 □できる □話せないが理解できる □たまに通じる  
□理解できない
- 31:認知症傾向 □無 □やや有 □有 □判断できない
- 32:留意行動 □なし □失見当 □不穏 □声上げ □独語 □騒音  
□体動 □ベッド転落 □ベッド柵越え □転倒 □徘徊  
□被害妄想 □幻覚（詳細：） □暴言・暴力  
□経管自己抜去 □その他（）
- 33:要介護度 □自立 □要支援1・2 □1 □2 □3 □4 □5  
□申請中 □区分変更中 □未申請 □対象外
- 34:キーパーソン
- 35:家族関係（同居家族中心にお願いします）
- 36:長期目標（“はくあいホーム申込済”等 具体的にご記入ください）
- 37:備考等