

心不全地域連携情報共有シート

荒尾市立有明医療センター
連携病院

I D :

患者氏名

生年月日 年 月 日

初回記載日	年 月 日			最終記載日	年 月 日			
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> HbsAg <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> TPHA <input type="checkbox"/> その他							
医療行為	血糖測定	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
	インスリン	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
	酸素	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
	吸引	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					
入院前の食事	調理者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> その他 ()				
	内容	<input type="checkbox"/> 自炊	<input type="checkbox"/> 外食	<input type="checkbox"/> 惣菜・加工食品	<input type="checkbox"/> 宅食	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助			
	食種	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 特別食	()		<input type="checkbox"/> 塩分制限 () g		
	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり ()	<input type="checkbox"/> なし					
	その他	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 中心静脈	<input type="checkbox"/> 未梢				
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル トイレ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> 尿道留置 カテーテル	<input type="checkbox"/> ストーマ		
		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助			
	清潔	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 介助浴	<input type="checkbox"/> シャワー	<input type="checkbox"/> 清拭			
		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助			
内服管理	入院前	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	退院時	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> その他 ()			
	寝起き	<input type="checkbox"/> 布団	<input type="checkbox"/> ベッド					
	トイレ	<input type="checkbox"/> 和式	<input type="checkbox"/> 洋式	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> オムツ トイレ			
	階段使用	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 手すり	<input type="checkbox"/> スロープ	<input type="checkbox"/> その他 ()			
		<input type="checkbox"/> なし						
入院前ADL	家屋	<input type="checkbox"/> 平屋	<input type="checkbox"/> 2階建て	<input type="checkbox"/> 集合住宅	<input type="checkbox"/> (エレベータ あり なし)			
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助			
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助			
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助			
	寝衣交換	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助			
退院時ADL	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助			
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助			
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助			
	寝衣交換	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全面介助			
MMSE	初回	年 月 日	/30点					
	2回目	年 月 日	/30点					
栄養指導	初回	年 月 日						
	2回目	年 月 日						
問題行動	<input type="checkbox"/> なし							
	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 暴力	<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 幻視	()	
介護保険	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 未申請					
	<input type="checkbox"/> あり	ケアマネージャー						
	要支援	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2					
	要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5		
サービス利用内容	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護							
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 ()							