在宅患者ノート

登録・更新日　　年　　月　　日

記入医療機関		（担当医）	
代表電話番号	☎　　－	緊急時電話番号	

※所定の記入欄に記入しにくい場合は、「病歴 ・ 経過等」に記入してください。

フリガナ			性別	生　年　月　日
利用者氏名			□ 男　□ 女	□大正　□昭和　□平成 年　　月　　日
保　険　証	保険者番号		記号番号	
住　　所	□　自　宅　　□　入所施設（　　）			
	郵便番号	－　　県　　市		
	（上記以降の住所） 町			
本人連絡先	☎　　－　　－			
緊急連絡先（氏　　名）	①☎　　－　　－	氏名	続柄	□家族　□ 知人
	②☎　　－　　－	氏名	続柄	□家族　□ 知人

緊急時紹介先医療機関	①	☎　　－	
	②	☎　　－	
	③	☎　　－	
訪問看護ステーション			
在宅支援事業所		ケアマネ	
主な病名 ※他病名は「病歴・経過等」の中に記載する。	病名①		
	病名②		
	病名③		
	病名④		
	病名⑤		
病歴・経過等			
問　題　点			

処　　方		禁 忌 薬	
アレルギー	□ヨード　□食　物　□喘　息　□金　属　□その他（　　）		
現在の医療・処置	□ペースメーカー　□体内金属　□ストーマ　□透視療法　□その他（　　）		

日常生活状態	食　　事	□自　立	□見守り	□一部介助	□全 介 助
	栄養経路	□経　口	□経管栄養	□ＩＶＨ	□胃・腸ろう
	食事形態	□普　通	□軟　菜	□きざみ	□流　動
	排　　泄	□自　立 □トイレ	□見守り □ポータブルトイレ	□一部介助 □おむつ	□全 介 助
	移　　動	□自　立 □　杖	□見守り □シニアカー	□一部介助 □手押しカート	□全 介 助 □車いす
	呼　　吸	□自　立	□酸素療法	□気管切開	□人工呼吸器
障害者医療	身体障害者	□１級　□２級　□３級　□４級　□５級　□６級　□７級			
	療　　育	□療育手帳			
	精神障害者	□１級　□２級　□３級			
介護保険	要支援	□1　□2			□ 申請中
	要介護	□1　□2　□3　□4　□5			
介護サービスの利用状況					
障害情報		□嚥下障害			
		□視覚障害			
		□運動障害 ⇒ コミュニケーション手段（　□上肢　：　□下肢　）			
		□聴覚障害 ⇒ コミュニケーション手段（　□筆談　：　□その他）			
		□言語障害 ⇒ コミュニケーション手段（　□筆談　：　□その他）			
認知自立度		□Ⅰ日常生活は自立　□Ⅱ他者の注意があれば自立　□Ⅲ日常生活に支障あり、介護必要 □Ⅳ常時介護必要　□M著しい精神状態、問題行動あり、専門医療必要			
行動の特徴		□被害的　□作り話　□感情が不安定　□昼夜逆転 □同じ話をする　□大声を出す　□介護に抵抗　□落着きなし □一人で出たがる　□収集癖　□物や衣服を壊す　□ひどい物忘れ □独り言・独り笑い　□話がとまらない　□自分勝手に行動する □その他（　　）			

【 搬 入 先 病 院 に 希 望 す る 医 療 】		
救命救急医療が必要な場合	□現時点では未定 □担当医の判断に委任する □私の臓器を提供したい □胃ろうＩＶＨの希望	□輸血は希望しない □手術は希望しない □気管内挿管、人工呼吸は希望しない

自由記入欄	

区　分	施 設 名	ＴＥＬ	ＦＡＸ	担 当	訪 問 日
ケアマネ					
訪問診療					
訪問看護					
訪問介護					
デイケア					
デイサービス					
ショートステイ					
訪問リハ					

区　分	施 設 名	ＴＥＬ	ＦＡＸ	担 当	訪 問 日
訪問入浴					
福祉用具					
訪問歯科					
訪問薬局					
（有料）					

月	日	時間	連絡事項	事業所名 記載者名	かかりつけ医確認欄