

## 思いをつなぐシート

氏名( ) 年齢( ) 性別( ) 年 月 日

ご入院に際し、必要な情報の提供にご協力をお願いします。尚、個人情報保護法に基づきご提供いただいた情報は、診療以外に使用されることはありません。

日常生活についてお伺いします。記入、☒をお願いします。

|                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 病 名                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |
| 症 状                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                              |
| 入院前の生活                                                                                                                      | 食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セットすれば可 <input type="checkbox"/> 要介助                                                                                                 |
|                                                                                                                             | 嚥下障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )                                                                                                                             |
|                                                                                                                             | 服薬状況 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( )                                                                                                                             |
|                                                                                                                             | 排便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ ( <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ) <input type="checkbox"/> オムツ                                    |
|                                                                                                                             | 排便処置 <input type="checkbox"/> 下剤 <input type="checkbox"/> 浣腸                                                                                                                                 |
|                                                                                                                             | 排尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助<br><input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル |
|                                                                                                                             | 清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 ( <input type="checkbox"/> お風呂 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 )                                       |
|                                                                                                                             | 身だしなみ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要介助                                                                                                 |
|                                                                                                                             | 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 要介助                                                                                                    |
|                                                                                                                             | 起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                   |
|                                                                                                                             | 座位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                    |
|                                                                                                                             | 歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                      |
|                                                                                                                             | 移動 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 老人車                                                                         |
|                                                                                                                             | 階段昇降 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 不可                                                                                                    |
|                                                                                                                             | 住宅環境                                                                                                                                                                                         |
| エレベーター <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                              |                                                                                                                                                                                              |
| トイレ <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 手すり ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) |                                                                                                                                                                                              |
| 浴室 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 手すり ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )  |                                                                                                                                                                                              |
| 段差 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし                                                                  |                                                                                                                                                                                              |
| 寝具 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団                                                                 |                                                                                                                                                                                              |
| コミュニケーション能力                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 認知症                                                                                                                                   |
|                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 視力障害 (眼鏡 有・無 ) <input type="checkbox"/> 聴力障害 (補聴器 有・無 )                                                                                                             |
| 嗜好                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> タバコ <input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                    |
| 趣味                                                                                                                          | ( )                                                                                                                                                                                          |
| 職歴                                                                                                                          | ( )                                                                                                                                                                                          |
| 病気の受け止め方<br><br>や思い等                                                                                                        | 患者                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                             | 家族                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                             | パートナー<br>その他                                                                                                                                                                                 |
| プライバシーへの特別な配慮                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 必要 ( )                                                                                                                                                              |
| 家族・支援者の背景<br>近所、サポート体制                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 遠方 <input type="checkbox"/> 協力的でない <input type="checkbox"/> 相互の関係性が良くない                                                                                             |
|                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> 知識・情報不足 <input type="checkbox"/> 介護力の不足・低下                                                                                                                          |
|                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                             |

裏面の記載もお願いします

