

| | | | | | |
|--------------------------|---|----|-----|-------------------|--------|
| フリガナ | | 性別 | 男・女 | フリガナ | |
| 氏名 | | 年齢 | 歳 | ご家族氏名 (キーパーソン) | 続柄 () |
| 連絡先住所 | 〒 TEL () | | | | |
| 健康の状況 | 現在の病名 () 主な既往歴 () 服薬している薬 () 感染症 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (診断名:) 実施中の処置 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 【その他】 (主治医意見書等から記載頂ければ結構です) | | | | |
| 身体の状況 (該当するものに✓を願います) | 身長 _____ c m 体重 _____ c m 食事 (自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> (備考) 入浴 (自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> (備考) 排泄 (自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> (備考) 歩行 (自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> (備考) 移乗 (自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> (備考) 【その他】 () | | | | |

※ 裏面に続きます

