

社会生活状況 (患者様・ご家族記載用)



医療法人社団 英志会

富士整形外科病院

フリガナ	
患者様氏名	

入院生活等支援／連絡可能なご家族

連絡先①	氏名		続柄	自宅Tel	-	-
	住所			携帯Tel	-	-
	勤務先名			勤務先Tel	-	-
連絡先②	氏名		続柄	自宅Tel	-	-
	住所			携帯Tel	-	-
	勤務先名			勤務先Tel	-	-

家族氏名	年齢	続柄	ご職業及び健康状態等	同別居	主介護者に○
				同・別	

本人・家族の希望・状況	入院の目的 ご希望	<input type="checkbox"/> 復職 <input type="checkbox"/> 社会生活自立 <input type="checkbox"/> 家庭生活自立 <input type="checkbox"/> 身体機能の維持向上 <input type="checkbox"/> 介助量軽減 (具体的にお書きください)
	家族が一番困っていること	<input type="checkbox"/> トイレに行けない <input type="checkbox"/> 食事ができない <input type="checkbox"/> 歩けない <input type="checkbox"/> 話ができない <input type="checkbox"/> 家人の言うことを理解できない <input type="checkbox"/> 自宅に介護者が居ない <input type="checkbox"/> その他()
	主介護者の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> その他()
	希望される病室	<input type="checkbox"/> 個室(トイレあり・トイレなし) <input type="checkbox"/> 二人 <input type="checkbox"/> 四人 <input type="checkbox"/> 特別室 ※病状やその他の状況でご希望に添えない場合がありますのでご承知おきください
	予定する退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他 申し込み中の施設等:()

病気やケガになる前の能力	移動動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (独歩・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子)
	排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (トイレ・ポータブルトイレ・オムツ・尿器)
	食事状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (箸・スプーン・胃瘻・鼻腔・)
	理解力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 認知症(軽度・中等度・重度) <input type="checkbox"/> 疎通不可能 (夜間不穏・昼夜逆転・徘徊・放声・暴力・拒食・その他())
	会話力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 言語障害有り <input type="checkbox"/> 疎通不能

住宅環境	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借家 (アパート[階]・マンション[階]・社宅／寮[階]) <input type="checkbox"/> 公営住宅[階]・ <input type="checkbox"/> その他()
	2階以上にお住まいの方：エレベーター (有・無) 寝室 (1階・2階・3階) 家屋改修: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 済み

介護保険情報	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 認定済(更新中も含む) (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5) 居宅介護支援事業所()ケアマネジャー()
--------	--

障害者手帳	<input type="checkbox"/> あり 障害名()交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし
-------	---

※いただいた個人情報、患者様の医療や介護を円滑、かつ安全に行うためのものです。この目的以外には使用いたしません。