

新規患者ヒアリングシート

| | | | |
|------|-----|----|-----|
| 依頼日 | 月 | 日 | () |
| 依頼機関 | TEL | | |
| 担当者 | 部署 | 氏名 | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-------|-----------------------|---------------|---------|----------|-----|---------|------|----|----|---|------------|----|
| 患者名 | カナ | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 歳 | 性別 | | | | | | |
| 住所 | 〒 | 自宅電話 | | | | | | | | | | | |
| キーパーソン | 関係 | 氏名 | KP連絡先 | | | | | | | | | | |
| 緊急度 | 緊急 | ・ | 通常 | 看取り希望 | 自宅看取 | ・ | 搬送 | ・ | 未定 | | | | |
| * 診断名 * | | * ADL * | | | | | | | | | | | |
| ▪ | | 食事 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | | | | | | | |
| ▪ | | 移動 | 自立 | つたい歩行 | 歩行器 | 車椅子 | ストレッチャー | | | | | | |
| ▪ | | 更衣 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | | | | | | | |
| ▪ | | 清潔 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | | | | | | | |
| ▪ | | 排泄 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | | | | | | | |
| ▪ | | | トイレ | ポータブル | 尿器 | オムツ | | | | | | | |
| * 既往歴 * | | 会話 | 可能 | 困難 | 不可 | | | | | | | | |
| ▪ | | 理解力 | 有 | 少有り | 無 | | | | | | | | |
| ▪ | | 認知症状 | 無 | 有 | | | | | | | | | |
| ▪ | | * 介護度 * | | | | | | | | | | | |
| ▪ | | 申請中 | 要支援 / 要介護 () | | | | 区変中 | | | | | | |
| * 現在の処方 * | | * 医療行為 * | | | | | | | | | | | |
| ▪ | | 酸素療法 | 睡眠時()L | 安静時()L | 労作時()L | | | | | | | | |
| ▪ | | ストーマ | | | | | | | | | | | |
| ▪ | | 尿道カテーテル | | | | | | | | | | | |
| ▪ | | 末梢点滴 | | | | | | | | | | | |
| ▪ | | IVH | | | | | | | | | | | |
| ▪ | | 胃瘻 | | | | | | | | | | | |
| ▪ | | 吸引 | () | 時間毎 | () | 回/日 | | | | | | | |
| * 現在の所在 * | | ドレーン | | | | | | | | | | | |
| 入院中 | | 自宅 | | | | | | | | | | | |
| ▪ | | 褥瘡 | | | | | | | | | | | |
| ▪ | | その他() | | | | | | | | | | | |
| ケアマネ | 事業所名 | 担当者名 | | | | | | | | | | | |
| 訪問看護 | 事業所名 | 担当者名 | | | | | | | | | | | |
| かかりつけ医(1) | 医療機関名 | 医師名 | 診情書 | () | 日後 | ・ | なし | | | | | | |
| かかりつけ医(2) | 医療機関名 | 医師名 | 診情書 | () | 日後 | ・ | なし | | | | | | |
| その他業者 | | | | | | | | | | | | | |
| 受容度 | 本人: | 希望あり | ・ | 不明 | ・ | 不安 | 家族: | 希望あり | ・ | 不明 | ・ | 不安 | |
| ターミナル | 告知あり | 予後 | 年 | ヶ月 | 本人のみ告知なし | | | | | | ・ | 医師が明示していない | |
| * メモ * | | * 訪問可能スケジュール * | | | | | | | | | | | |
| | | | AM | PM | | | | | | | | | |
| 月 | | | | | | | | | | | | | |
| 火 | | | | | | | | | | | | | |
| 水 | | | | | | | | | | | | | |
| 木 | | | | | | | | | | | | | |
| 金 | | | | | | | | | | | | | |
| 土 | | | | | | | | | | | | | |
| 家族構成(ジェノグラム) | | 医療負担割合 | | 1割 | | | | | | | | ・ | 3割 |
| | | | | 生活保護 | | | | | | | | ・ | 障害 |
| | | | | 公費 | | | | | | | | | |
| | | 記載者氏名 | | | | | | | | | | | |