

医療情報シート

(主治医意見書や医師から直接・間接に情報収集した内容を、記述できる範囲で記載して下さい)

記入日	令和 年 月 日	対象者名 (イニシャルで)
受講者名		医療機関名 (イニシャルで)
受講者番号		担当医師名 (イニシャルで)

1 疾病に関する内容

(1) 診断名 (他科受診で分かっている 診断名もあれば記入)	
(2) 症状としての安定性	安定 ・ 不安定 ・ 不明
(3) 生活機能低下の直接の原因と なっている傷病または特定疾患の 経過及び投薬内容を含む治療内容	

2 特別な医療(以下の処置から過去14日間以内に受けた医療に○をつける)

<ul style="list-style-type: none"> ・点滴の管理 ・中心静脈栄養 ・透析 ・ストーマの処置 ・酸素療法 ・レスピレーター ・気管切開の処置 ・疼痛の看護 ・経管栄養 ・モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ・褥瘡の処置 ・カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)
--

3 心身の状況

(1) 日常生活自立度	・寝たきり度		・認知症日常生活自立度	
(2) 認知症の中核症状	問題あり ・ 問題なし			
・短期記憶				
・日常の意思決定を行う ための認知能力	・自立 ・いくらか困難 ・見守りが必要 ・判断できない			
・自分の意思の伝達能力	・伝えられる ・いくらか困難 ・具体的要求に限られる ・伝えられない			
(3) 認知症の周辺症状	なし ・ あり			
・ありの場合は選択 (項目に○をつける)	<ul style="list-style-type: none"> ・幻視、幻覚 ・妄想 ・昼夜逆転 ・暴言 ・暴行 ・介護への抵抗 ・徘徊 ・火の不始末 ・不潔行為 ・異食行動 ・性的問題行動 ・その他() 			
(4) その他の精神・神経症状	なし ・ あり(症状名)			
・専門医主人の有無	なし ・ あり(受診科など)			
(5) 身体の状況	身長→() cm 体重→() kg BMI→()			
・麻痺の部位と程度				
・筋力低下の状況				
・関節拘縮の状況				
・関節の痛みの状況				
・褥瘡や皮膚疾患の状況				

4 生活機能とサービスに関する医師の意見

(1) 移動の状況、福祉用具、 装具等の利用状況	
(2) 食生活の状況と留意点	
(3) 現状または今後のリスク と対処方針	
(4) サービス利用による生活 機能の維持・改善の見通し	
(5) 医学的管理の必要性	

5 特記すべき事項

--