

レスパイト入院チェックリスト

(入院時情報共有シート)

記入日 令和 年 月 日

記入者名 _____

入院前に患者さんの状態を情報共有（スクリーニングチェック）するためのリストです。
わかる範囲で担当ケアマネジャー等にご記入いただき、FAXでご送信下さい。

FAX：0972-28-5093（地域連携室宛て）

フリガナ				明治・大正・昭和・平成
患者氏名		男 女	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	〒		電話番号	
かかりつけ医・居宅介護支援事業所	在宅医() 居宅介護支援事業所()			
キーパーソン	氏名	続柄	連絡先	
病名(主病)・入院希望の理由				
認知症	<input type="checkbox"/> あり(レベル I・II・III・IV・M) <input type="checkbox"/> なし			
精神状態	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想			
問題行動	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし			
ナースコール	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能			
意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 不能			
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
体位変換	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
車いすへの移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不能			
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不能			
歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不能			
洗面、歯磨き	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
着 替 え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
トイレ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 不能			
夜間排尿回数	_____ 回			
尿 意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
便 意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
失 禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
オムツ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
摂 食	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
食事形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> アレルギー()			
食事時間	_____ 分			
嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
胃 瘻	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
経鼻栄養	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
尿(カテーテル)留置	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
気管切開	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
在宅酸素	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
吸 引	<input type="checkbox"/> あり(回数： _____ 回/24時間) <input type="checkbox"/> なし			