

記載日 平成 年 月 日

記入者

() 外来 () 病棟

患者基本情報			
患者氏名		男・女	生年月日 年 月 日 (歳)
担当医			担当看護師
関連機関			
血友病	病院名：	装具・補助具	事業者名：
	担当医：		担当者：
	担当Ns：		職種：
	TEL：		TEL：
肝炎	病院名：	訪問看護	事業者名：
	担当医：		担当者：
	担当Ns：		職種：
	TEL：		TEL：
HIV感染症	病院名：	訪問介護	事業者名：
	担当医：		担当者：
	担当Ns：		職種：
	TEL：		TEL：
リハビリテーション科	病院名：	その他()	施設名：
	担当医：		担当者：
	担当Ns：		職種：
	TEL：		TEL：
整形外科	病院名：	その他()	施設名：
	担当医：		担当者：
	担当Ns：		職種：
	TEL：		TEL：
歯科	病院名：	その他()	施設名：
	担当医：		担当者：
	担当Ns：		職種：
	TEL：		TEL：

健康状態			
年齢：	歳	性別： 男・女	身長： cm 体重： kg
傷病名	<input type="checkbox"/> 血友病A <input type="checkbox"/> 血友病B <input type="checkbox"/> その他 ()		インヒビター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
感染症	HIV感染症 <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> CD4数 <200/ μ l <input type="checkbox"/> CD4数 \geq 200/ μ l 治療： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 有 (内服薬：)		
	HCV抗体 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 治療：		
	HBs抗原 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 治療：		
	<input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> その他感染症 ()		
受診頻度	<input type="checkbox"/> 血友病 回/週・月 <input type="checkbox"/> 肝炎 回/週・月 <input type="checkbox"/> HIV感染症 回/週・月 <input type="checkbox"/> その他 ()		
要介護認定	認定 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)		
自立支援法	認定 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 障害程度区分 (1・2・3・4・5・6)		
寝たきり度	ランク <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C	認知度	ランク <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> Ib <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
既往歴	① 年 月 (疾患名：) ② 年 月 (疾患名：)		
合併症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ① (内服薬：)		
	② (内服薬：)		
	③ (内服薬：)		
医療内容	<input type="checkbox"/> 点滴 (IVH・) <input type="checkbox"/> 透析 (人工・腹膜)		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃瘻・経鼻) 通院日：		
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> インスリン 種類：① (朝・昼・夕・就前)		
	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル ② (朝・昼・夕・就前)		
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 浣腸・摘便 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開		
	<input type="checkbox"/> 褥瘡等の処置 <input type="checkbox"/> 吸入・吸引		
製剤投与	<input type="checkbox"/> 定期補充 (単位 IU/頻度：)		輸注者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 出血時補充 (単位 IU) (頻度： 回/週・月)		
	使用している製剤名		重症度 <input type="checkbox"/> 重症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 不明
身体状況	出血しやすい部位		
	拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位：) 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位：)		
環境因子			
経済状況	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (障害名：) 級)		家族構成図
	(障害名：) 級)		
	生活費： <input type="checkbox"/> 本人収入 <input type="checkbox"/> 家族収入 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> 和解金 <input type="checkbox"/> 医薬品機構の健康管理費用 (HIV/AIDS・C型肝炎)		
	<input type="checkbox"/> 年金 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
利用しているサービス			
<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問歯科 <input type="checkbox"/> 在宅改修 <input type="checkbox"/> 在宅療養管理指導 (医・歯・薬・栄・看)			血友病を知っている人 () HIVを知っている人 () 同居者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
<input type="checkbox"/> 福祉用具 () <input type="checkbox"/> 装具 ()			
<input type="checkbox"/> その他 ()			
家族の介護力 ※介護者の身体・精神問題等			
主介護者 (年齢 歳) :			
副介護者 (年齢 歳) :			
生活環境 ※居住環境、近所との関係等		療養生活に対する家族の希望・願い	

