短期入所・入院時情報

カルテNo. 利用者氏名	フリガナ 様　　歳	男 ・ 女	身長　　cm 体重　　kg
入所年月日	年　　月　　日　　時		
退所予定（来所時間）	年　　月　　日　　時　　□未定		
入所目的			
連絡先	①　　②		
最終の食事	月　　日　　時（内容と量　　）		
本日の水分量	最終　　時　　ml		
最終排尿	月　　日　　時		
最終排便	月　　日　　時	退所日の排便処置　□希望　□希望しない	
便性状	硬い　普通　軟便　水様　　量 ： 多い　中量　少ない		
最終月経	月　　日から　　日間		
最終入浴	月　　日		
リフター使用	使用経験 ： 有 ・ 無	使用 ： 可 ・ 不可	リフターネット持参 ： 有 ・ 無

■感染症について

受付時の体温　　度

体調は普段と変わりがない　　ない　　ある

周りに感染症の人がいない　　いない　　いる

■ 入所・入院当日の昼薬はありますか？

□ある　　□ない

■予防接種について	年　月
はしか　□未　□済	年　月
風疹　□未　□済	年　月
みずぼうそう□未　□済	年　月
おたふく　□未　□済	年　月
※最終の、接種年月をご記入下さい	

■感染症抗体検査（はしか・風疹・みずぼうそう・おたふく・HB・HCV）

・抗体検査を受けたことがことがありますか　□ある　□ない

「ある」とお答えの方へ

・いつ受けましたか　　年　月　日　□不明

・検査項目や結果はわかりますか　□わかる　□わからない

※検査を受けている方は、結果が分かるものをお持ちください。

※「ない」「わからない」とお答えの方には、検査をお勧めしています。

■皮膚・口腔内・歯の状態などで注意することがありますか

■入所に際して、お伝えしたいことや心配事、ご要望などご自由にお書きください

記入者氏名　　続柄（　　）

A棟　・B棟　・ C棟　　スタッフサイン　　2024.7更新

横浜療育医療センター