施設入所者情報整理シート

施設名：

施設入所者の体調が悪化し、受診や入院が必要となった場合に備えて情報提供の準備をしておきましょう。

※このシートは施設内での活用を想定しており医療機関に必ず提出するものではありません

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 以下は平時から記入　　　　　　　　　　　　　　　記入日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | |
| 生年月日（年齢） | 年　　　　月　　　　日（　　　　歳） | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　）  住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先：　　　　　-　　　　　- | | | |
| 既往歴・現病歴 | □ がん（部位：　 　　　）  □ 腎疾患（　　 　　　　　）  □ 心疾患（　　　　　　　　　）　□　高血圧（　　　　　　　　　） | | □ 呼吸器疾患（　　　 　 　　　　　　　）  □ 透析あり  □　脳血管疾患（　　　　　 　　　　　）  □ 糖尿病(　　　 　　 ) | |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　） | | | |
| かかりつけ医 |  | | | |
| 内服薬 |  | | | |
| アレルギーの有無 | 食べ物　（　　　　　　　　　）　薬　（　　　　　　　　　）　その他　（　　　　　　　　） | | | |
| 身長・体重・BMI | 身長：　　　　　　㎝　体重：　　　　　㎏　BMI（体重kg ÷ (身長m)2）： | | | |
| 介護度 | 介護度（要支援　　　・　要介護　　　　）　　認定なし | | | |
| ADL | 食事（ 自立 ・ 準備介助 ・ 食事介助　）  排泄（ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ）  移動（ 自立 ・ 一部介助（杖歩行・車いす） ・ 全介助（寝台車）　） | | | |
| 精神面 | 認知症あり（程度：　　　　　　　　　）　　　せん妄　　介護抵抗　　徘徊 | | | |
| ワクチン | 接種回数（　　　　　　　回）　最終接種日（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| DNAR  （延命治療の意思確認） | □延命治療を  **希望しない** | □延命治療を  **希望する** | * 点滴・酸素投与まで | ※人工呼吸器使用を希望される場合、受け入れ先病院の調整に時間を要したり、遠方の病院になる等の可能性があります。 |
| * 人工呼吸器使用※ |
| 確認日　・　確認者 | 確認日：（　　　　年　　　/　　　　）　確認者：　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　） | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 以下は救急や医療機関に情報提供するときに記入　　　　　　　　　記入日：　　　　　年　　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 健  康  状  態 | 発症日 | / | 判明日 | / | 発病後 | 日 | 脈 | 回 |
| 体温 | 測定時間（　　　：　　　）　　熱：　　　　　　℃（　解熱剤　　　：　　　　　　使用　） | | | | | 血圧 | ／　　　　　　ｍｍＨｇ |
| SpO２ | ％（　酸素　　　ℓ　/min　　マスク・経鼻　） | | | | | | |
| 呼吸器症状 | ・咽頭痛　・　咳　・鼻水　・痰量（　少　中　多　）　・咳　・チアノーゼ　・喘鳴　・呼吸苦 | | | | | | |
| 意識レベル | ・声がけに反応あり  ・反応鈍い→（　・ぼんやりしている　・もうろう状態　・意識なし　） | | | | | | |
| 消化器症状 | ・下痢　・嘔吐  ・食事（朝・昼・夕　　　　　　割）　　飲水量（トータル　　　　　　　㏄　・　ℓ） | | | | | | |
| その他 | ・半日以上排尿がない  他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

令和５年5月　　船橋市保健所健康危機対策課　作成

施設入所者情報整理シート

記載例　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名：　船橋苑

施設入所者の体調が悪化し、受診や入院が必要となった場合に備えて情報提供の準備をしておきましょう。

※このシートは施設内での活用を想定しており医療機関に必ず提出するものではありません

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 以下は平時から記入　　　　　　　　　　　　　　　記入日：　　R 5　年　 5　月　　18　日 | | | | |
| 生年月日（年齢） | S14 年　2月　7　日（84歳） | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名：　　汗　花子　　　（続柄：　長女　　）  住所：　船橋市北本町1-16-50　　　　　　　連絡先：　047-0123-4567 | | | |
| 既往歴・現病歴 | □ がん（部位：　 　　　）  □ 腎疾患（　　 　　　　　）  ☑ 心疾患（　　心不全　 　）  ☑　高血圧（　　　　　　　　　） | | □ 呼吸器疾患（　　　 　 　　　　　　　）  □ 透析あり  □　脳血管疾患（　　　　　 　　　　　）  ☑ 糖尿病(　内服のみ ) | |
| □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　） | | | |
| かかりつけ医 | ●●●クリニック | | | |
| 内服薬 | アムロジピン1錠×１回、フロセミド１錠×１回、ジャヌビア3錠×３回 | | | |
| アレルギーの有無 | 食べ物　（　　卵　　　）　薬　（　　　無し　　　）　その他　（　　　　　　　　） | | | |
| 身長・体重・BMI | 身長：　160　　㎝　体重：　60　　㎏　BMI（体重kg ÷ (身長m)2）： 23.4 | | | |
| 介護度 | 介護度（要支援　　　・　要介護　　5　）　　認定なし | | | |
| ADL | 食事（ 自立 ・ 準備介助 ・ 食事介助　）  排泄（ 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ）  移動（ 自立 ・ 一部介助（杖歩行・車いす） ・ 全介助（寝台車）　） | | | |
| 精神面 | 認知症あり（程度：　　中等症　　　）　　せん妄　　介護抵抗　　徘徊 | | | |
| ワクチン | 接種回数（　　5　　　　回）　最終接種日（　R5　/　2　/　1　） | | | |
| DNAR  （延命治療の意思確認） | ☑延命治療を  **希望しない** | □延命治療を  **希望する※** | * 点滴・酸素投与まで | ※人工呼吸器使用を希望される場合、受け入れ先病院の調整に時間を要したり、遠方の病院になる等の可能性があります。 |
| * 人工呼吸器使用 |
| 確認日　・　確認者 | 確認日：（R　5　年　5　/　18　）　確認者：　　船橋　花子　　　　　　（続柄：　長女　） | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 以下は救急や医療機関に情報提供するときに記入　　　　　　　　　記入日：　　　　　年　　　　　月　　　　日 | | | | | | | | |
| 健  康  状  態 | 発症日 | / | 判明日 | / | 発病後 | 日 | 脈 | 回 |
| 体温 | 測定時間（　　　：　　　）　　熱：　　　　　　℃（　解熱剤　　　：　　　　　　使用　） | | | | | 血圧 | ／　　　　　ｍｍＨｇ |
| SpO２ | ％（　酸素　　　ℓ　/min　　マスク・経鼻　） | | | | | | |
| 呼吸器症状 | ・咽頭痛　・　咳　・鼻水　・痰量（　少　中　多　）　・チアノーゼ　・喘鳴　・呼吸苦 | | | | | | |
| 意識レベル | ・声がけに反応あり  ・反応鈍い→（　・ぼんやりしている　・もうろう状態　・意識なし　） | | | | | | |
| 消化器症状 | ・下痢　・嘔吐  ・食事（朝・昼・夕　　　　　　割）　　飲水量（トータル　　　　　　　㏄　・　ℓ） | | | | | | |
| その他 | ・半日以上排尿がない  他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

令和５年5月　　船橋市保健所健康危機対策課　作成