

全体像・記載年月日(2023//) (□入院、□入所: 棟) (区分□1、□2▲、□3★) 要支援()要介護()身障者(級)

<p>様(歳) 様 □男性 □女性 生年月日:S//</p> <p>職業(元):</p> <p>紹介元:</p> <p>KP:</p>			<p>番号:</p>	
<p>【脳疾患】 <input type="checkbox"/> モヤモヤ★ <input type="checkbox"/> クモ膜下出血 <input type="checkbox"/> 水頭症 <input type="checkbox"/> 脳内出血 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 頭部外傷後遺症 <input type="checkbox"/> 慢性硬膜下血腫・水腫 <input type="checkbox"/> 脳腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病関連 <input type="checkbox"/> >ヤールⅢ▲ <input type="checkbox"/> >障害Ⅱ▲ (□ PSP □ CBD) <input type="checkbox"/> ALS 筋委縮性側索硬化症▲ <input type="checkbox"/> MS 多発性硬化症▲ <input type="checkbox"/> 筋ジストロフィー症▲ <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 (□ 多系統萎縮症) <input type="checkbox"/> 低酸素脳症・蘇生後 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他</p> <p>【呼吸器疾患】 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 肺炎治療中▲ <input type="checkbox"/> COPD 慢性閉塞性肺疾患 □ Hugh Jones V ▲ <input type="checkbox"/> 呼吸不全 <input type="checkbox"/> 肺挫傷・血気胸 <input type="checkbox"/> 喫煙 <input type="checkbox"/> その他</p> <p>【悪性疾患(がん)】 <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 大腸 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 乳線 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 転移あり <input type="checkbox"/> 疼痛管理あり▲</p>		<p>【循環器疾患】 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 急性冠症候群(<input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 狹心症) <input type="checkbox"/> 虚血性心疾患 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 肥大型心筋症▲ <input type="checkbox"/> たこつぼ型 <input type="checkbox"/> 心臓弁膜症 <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心房細動 <input type="checkbox"/> A-Vブロック <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 大動脈瘤 <input type="checkbox"/> 大動脈解離 <input type="checkbox"/> ASO 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> DVT 深部静脈血栓症 <input type="checkbox"/> 肺梗塞 <input type="checkbox"/> その他</p> <p>【消化器疾患】 <input type="checkbox"/> クローン病▲ <input type="checkbox"/> 逆流性食道炎 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型 <input type="checkbox"/> 肝機能低下 <input type="checkbox"/> 胆管炎 <input type="checkbox"/> 胆石 <input type="checkbox"/> 膵炎 <input type="checkbox"/> 潰瘍性大腸炎▲ <input type="checkbox"/> イレウス <input type="checkbox"/> 消化管出血▲ <input type="checkbox"/> 下血 <input type="checkbox"/> 偽膜性腸炎 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> その他</p> <p>【眼・耳鼻疾患】 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 難聴</p> <p>【血液疾患】 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> DIC <input type="checkbox"/> 骨髓異形成症候群(MDS)</p>	<p>【整形外科疾患】 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 頸損 (<input type="checkbox"/> +四肢麻痺▲) <input type="checkbox"/> 骨折 (<input type="checkbox"/> 胸椎圧迫 <input type="checkbox"/> 腰椎圧迫 <input type="checkbox"/> 大腿骨頸部 <input type="checkbox"/> 転子部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> OPLL 後縦靭帯骨化症▲ <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 (<input type="checkbox"/> 頸部、 <input type="checkbox"/> 腰部、 <input type="checkbox"/> 広範▲) <input type="checkbox"/> ヘルニア: <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 膝痛 <input type="checkbox"/> 廃用症候群</p> <p>【腎・泌尿器】 <input type="checkbox"/> 腎機能低下 <input type="checkbox"/> 透析▲ <input type="checkbox"/> 尿路感染症 (□ 治療中▲) <input type="checkbox"/> 尿路結石 <input type="checkbox"/> 排尿障害 <input type="checkbox"/> 過活動膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> その他</p> <p>【代謝・栄養】 <input type="checkbox"/> 低蛋白低栄養 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血糖>3回/日▲ <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高脂血症) <input type="checkbox"/> 高尿酸(痛風) <input type="checkbox"/> その他</p> <p>【その他】 <input type="checkbox"/> 慢性関節リウマチ <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 敗血症 <input type="checkbox"/> 高Na <input type="checkbox"/> 低Na <input type="checkbox"/> 高K <input type="checkbox"/> 低K <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 高Ca <input type="checkbox"/> 低Ca <input type="checkbox"/> 他者への暴行▲ <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他</p> <p>【難病(特定疾患)】</p>	<p>【治療・処置】 <input type="checkbox"/> モニタリング <input type="checkbox"/> 常時監視<4h 間隔★ <input type="checkbox"/> 呼吸器★ <input type="checkbox"/> 非酸素で SaO2<90%、酸素療法★ <input type="checkbox"/> 気管切開▲ <input type="checkbox"/> 気管内挿管▲ <input type="checkbox"/> 気管切開 or 挿管+発熱★ <input type="checkbox"/> 咳痰吸引 <input type="checkbox"/> >8回/日▲ <input type="checkbox"/> 末梢点滴、□ CVP、□ PICC、 <input type="checkbox"/> IVH★ <input type="checkbox"/> 24h 持続点滴★ <input type="checkbox"/> 輸血 <input type="checkbox"/> ドレーン、胸腔・腹腔の洗浄★ <input type="checkbox"/> 経口摂取(□ 自力 <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> 経管栄養(□ +発熱 or 嘔吐▲) <input type="checkbox"/> 頻回の嘔吐・発熱▲ <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 脱水+発熱▲ <input type="checkbox"/> 胃ろう□ PTEG <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 脐瘻 <input type="checkbox"/> >2度▲ <input type="checkbox"/> >2箇所▲ <input type="checkbox"/> 創傷・潰瘍・蜂巣炎・膿の処置▲ <input type="checkbox"/> 抗生剤 <input type="checkbox"/> 感染症隔離室★ <input type="checkbox"/> せん妄治療▲ <input type="checkbox"/> うつ病:指定医処方▲ <input type="checkbox"/> リハビリ (<input type="checkbox"/><発症後 30 日▲) <input type="checkbox"> その他</input></p> <p>【合併症発生時、状態悪化時のご希望】 積極的な検査: (<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し) 積極的な治療: (<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し) 他院へ転院: (<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し) 気切: (<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し) 胃ろう(PEG): (<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し)</p> <p>【延命処置の希望の有り無し】 気管内挿管: (<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し) 昇圧剤: (<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し) 人工呼吸器: (<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し) 心臓マッサージ: (<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し)</p>