

陽性者状況報告シート

この用紙は表裏あります。1 から 9 はもっとも当てはまるものを 1 つ選びます。

報告日時： 月 日 AM・PM _____ :

報告者氏名：

報告先：組織

部署

担当者名前

電話番号

名前（ふりがな）：

性別 女 ・ 男

西暦生年月日（年齢）： 1 年 月 日（ 才）

保険者の市町村名：

介護度 自立 ・ 要支援 1 ・ 2

要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

障害自立度 J ・ A ・ B ・ C

認知自立度 I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M

1. 徘徊： あり ・ なし

2. 認知症

A：ほぼ理解ができない

B：すぐに指示を忘れてしまう

C：多少記憶は曖昧だが、指示に従える

D：問題なし

3. 認知症以外の精神障害：（病名： _____）

A：興奮したり、理解困難がみられる

B：会話可能だが双方向のコミュニケーションは困難

C：多少説明は必要だが理解可能

D：会話等に問題なし

4. 移動

A：ストレッチャー B：車いす C：補助具で自立歩行 D：自立

5. 姿勢保持

A：寝たきり B：座位は保てる C：立ち上がり支援が必要

D：自立

6. トイレ
A：尿道カテーテル B：常におむつ C：パンツとおむつ併用
D：自立
7. 食事
A：経鼻・胃ろうなど B：全介助 C：部分介助 D：自立
8. 着替え
A：全介助 B：部分介助 C：自立
9. 蘇生処置拒否指示：
A：あり B：なし C：不明
10. 合併症・既往歴（病名、治療内容など）
11. 必要な医療行為：
12. かかりつけ医療機関名と主治医名：
13. 緊急時連絡先情報
名前：
続柄：
電話番号：
14. 居宅介護事業所名：
15. その他自由記載