入院前の自宅での状況を教えてください。

生活状況		介護申請の有無　無・申請中・有：要支援（　　）要介護（　　）
日頃の血圧はいくつですか？　右(　　/　　)　左(　　/　　)		ケアマネージャー：　無・有　　事業所名： ケアマネジャー名：　　(TEL：　　)
嗜好品	たばこ　□今まで吸ったことはない □現在吸っている　1日　　本 □以前吸っていた　　歳～　　歳まで　1日　　本	利用サービス　無・有　(有の方は下記の記入をお願いします)
	アルコール　□飲まない □時々飲む　　量(　　) □ほぼ毎日飲む　1日の量(　　)	入所中：施設名：
		デイサービス：週　回　場所：
		ショートステイ：利用施設：
		訪問看護：週　回　利用事業所：
		訪問入浴：利用状況（最終利用日　月　日）
住所	自宅・施設・病棟・その他　入院入所先(　　)	福祉用具：ベッド・車椅子・マット（種類：　　）
食事	種　類：ご飯・粥・その他	福祉医療申請の有無 身体障害者手帳　無・申請中・有　：(　　)級
	摂取状況：自立・一部介助・全介助	
排泄	便：便意　有・無・時に失禁・常時失禁・人工肛門	既往歴：今までかかった病気について記入してください
	場　所：トイレ・ポータブルトイレ・オムツ　自立・一部介助・全介助	
	尿：尿意　有・無・時に失禁・常時失禁・尿管	
	場　所：トイレ・ポータブルトイレ・オムツ　自立・一部介助・全介助	
入浴	一般浴槽・訪問入浴・施設　自立・一部介助・全介助	
更衣	自立・一部介助・全介助	
移動	徒歩・杖使用・車椅子・寝たきり　自立・一部介助・全介助	
体位交換	自立・一部介助・全介助	
薬	自己管理・家族管理・施設管理・その他(　　)	

年齢	病　名	医療施設	経　過
			治癒・治療中・経過観察中
			治癒・治療中・経過観察中
			治癒・治療中・経過観察中
			治癒・治療中・経過観察中
			治癒・治療中・経過観察中
			治癒・治療中・経過観察中
			治癒・治療中・経過観察中