**「横浜市陽性高齢者ショートステイ事業」ヒアリングシート** 【申込日 　　年 　月　　日】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　・　歳　　　男　・　女

利用者住所

　　生年月日　　　年　　　月　　　日 連絡先

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 現在の症状 | | 発熱（　　　　℃・3日以上継続）  咳 ･ 倦怠感 ･ 頭痛 ･ 嘔気 ･ 下痢 ･ 腹痛 ･ 嗅覚/味覚障害 ･ 咽頭痛 ･ 関節痛 | | | | |
| コロナ症状 | | 発症日：　　月　　日 | ワクチン接種回数：　　回  最終接種日：　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 軽症であるが軽度の治療（補液等）が必要か （ はい ・ いいえ ） | | | | |
| 酸素を吸入しているか（ はい ・ いいえ ）  →はいの場合 吸入量　　　　　ℓ | | | SpO2 | ％ |
| 健康状態 | | 食事　（とれている・あまりとれていない・まったくとれていない） | | | | |
| 水分　（とれている・あまりとれていない・まったくとれていない） | | | | |
| 睡眠　（とれている・あまりとれていない・まったくとれていない） | | | | |
| 利用の理由 | | 単身である（ はい ・いいえ ）  入院・入所となった理由 | | | | |
| ※施設の場合 | | 入所施設名（ 　　　　　　　　） 施設種別（ 　　　　　　　　　　） | | | | |
| 基礎疾患 | | （ あり ・ なし ）→ありの場合（ ） | | | | |
| 医療ケア | | 胃ろう ・ バルーン管理 ・ 喀痰吸引 ・ 服薬管理 ・ インスリン ・ 気管切開  その他（ ） | | | | |
| 要介護度 | | 要支援（ １ ・ ２ ）・ 要介護（ １ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５ ）・ なし | | | | |
| 認知度 | 認知症 （ あり ・ なし ） | | | 徘徊 （ あり ・ なし ） | | |
| 日常生活自立支援度 Ⅰ ・Ⅱ ・Ⅱa ・Ⅱb ・Ⅲ ・Ⅲa ・Ⅲb ・Ⅳ ・ Ｍ | | | | | |
| 食事 | □自立 □セッティングにて自立 □誘導・見守り □一部介助　□全介助 | | | | | |
| □普通食（□ご飯 □全粥） □療養食（内容　　　 ） | | | | | |
| トロミ：　不要　・　要（　　　　　）　水分制限：　不要 ・　要（　　） | | | | | |
| アレルギー：　なし　・　あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 移動 | 独歩 ・杖 ・伝い歩き ・歩行器 ・ｼﾙﾊﾞｰｶｰ ・車いす ・その他（　　　　　　） | | | | | |
| 喫煙歴 | なし　・　あり　（　　　　歳　〜　　　　歳まで　　［　　　　本 / 日］） | | | | | |
| 緊急連絡先 | | 氏名　　　　　　　　　　（続柄　　） 携帯 | | | | |
| 主治医 | | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　 連絡先 | | | | |
| 内服薬 | |  | | | | |
| その他  特記事項等 | | ※担当ケアマネジャーがいる場合  CM事業所名　　　　　　　　　 　　　　　CM氏名  連絡先　　　　　　　　　　　　　（補足事項） | | | | |

★担当区　　　　　区　担当者　　　　　　 連絡先　　　　－　　　　　 ＦＡＸ　　　　－