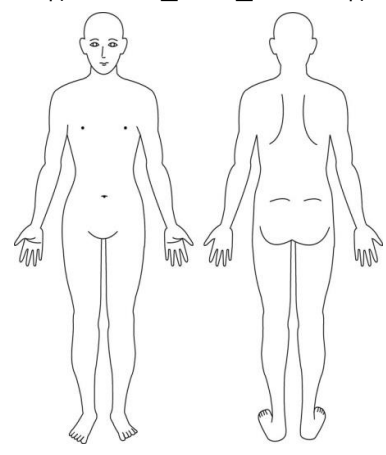


# 看護情報提供書

お世話になります。下記の患者様について情報を提供いたします。

H30年3月 第2版

ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	主たる病名	
年 月 日生	歳	主治医 ( )	
入院期間	～	かかりつけ医 ( )	
住所	<input type="checkbox"/> 未検査	感染症	HBs ( ) MRSA ( ) 最終検査日: 平成 年 月 日
			HCV ( ) MRSA検出部位 ( )
Tel		アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	家族構成
家族の状況: キーパーソン ( ) 主介護者 ( )			
①氏名 ( ) 様 続柄 ( ) 住所 ( ) Tel ( )			
②氏名 ( ) 様 続柄 ( ) 住所 ( ) Tel ( )			
③氏名 ( ) 様 続柄 ( ) 住所 ( ) Tel ( )			
介護保険 <input type="checkbox"/> 申請未 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 日常生活総合支援事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) 認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 ※居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 事業所名: ) ・ケアマネジャー名 ( ) 在宅サービスの利用状況と内容 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ) <u>内容</u>			
既往歴		薬剤・処置等の管理 薬剤 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> NS管理  処置等の内容 ( ) <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> NS管理  問題点・留意点:	
入院までの経過及び入院中の経過		病状や今後の治療に対する説明及び患者 家族の受け止め方  ※必要に応じて記載 DNARに関する話し合い <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 説明日( 年 月 日) <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 DNAR <input type="checkbox"/> 希望 <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 未定 詳細	
残された問題及び今後生じうる問題		家族への生活のすごし方や介護方法などの説明 と家族の介護への準備状況	
転院日又は在宅への退院日 平成 年 月 日			

1.自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ランクJ <input type="checkbox"/> ランクA <input type="checkbox"/> ランクB <input type="checkbox"/> ランクC	
2.認知度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無	
3.問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 大声で叫ぶ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
4.コミュニケーション	<input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 言語障害 ( ) コミュニケーションの手段 <input type="checkbox"/> 完全に通じる <input type="checkbox"/> 聴覚障害 ( ) <input type="checkbox"/> 視力障害 ( )	
5.移動	<input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしで歩く <input type="checkbox"/> 手を貸してもらするなど一部介助を要す <input type="checkbox"/> 全面的に介助を要す <input type="checkbox"/> 自立	身長 cm 体重 kg 測定日 ( )
6.食事	<input type="checkbox"/> 自立 摂取方法 <input type="checkbox"/> やや時間がかかっても介助なしに食事する <input type="checkbox"/> おかずを刻んでもらうなど一部介助を要す <input type="checkbox"/> 全面介助 食事の体位 <input type="checkbox"/> セットイング <input type="checkbox"/> ギャッジアップ ( ) <input type="checkbox"/> フリー座位 食事の種類 <input type="checkbox"/> 常食・軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 注入食 種類 ( ) どこから <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 治療食 ( ) 摂取カロリー kcal <input type="checkbox"/> 水分とろみ剤 <input type="checkbox"/> 水分制限 ( ml) <input type="checkbox"/> 義歯有 義歯 { <input type="checkbox"/> 咬合良好 <input type="checkbox"/> 咬合不良 ( ) } <input type="checkbox"/> 口腔内環境に問題あり { <input type="checkbox"/> 不衛生 <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 口臭あり <input type="checkbox"/> 備考 ( ) }	チューブ等の種類 ( ) サイズ ( ) 最終交換日 ( 月 日 )
7.排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや時間がかかっても介助なしに一人できる <input type="checkbox"/> 緩下剤の使用有 最終排便 ( 月 日 ) <input type="checkbox"/> 便座に座らせてもらうなど一部介助を要する 排泄パターン ( 排便 回/ 日・排尿 回/ 日 ) <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 夜間のみ介助が必要 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ・リハビリパンツ ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ )	<input type="checkbox"/> バルーンの留置 サイズ ( ) 最終交換日 ( 月 日 )
8.清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> やや時間がかかっても介助なしに一人できる <input type="checkbox"/> 体を洗ってもらうなど一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 清拭 ( <input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 部分 ) 最終入浴/清拭日 ( 月 日 ) <input type="checkbox"/> 洗面(歯磨き) ( <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 )	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">ドレーン/処置/装具/麻痺/褥瘡/発疹等皮膚の状況等の記載</div> <p style="text-align: center;">右 左 左 右</p> 
9.更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや時間がかかっても介助なしに一人できる <input type="checkbox"/> 袖を通してもらう等一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面介助	
10.医療・療養状況	<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 ( ) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 ( 安静時 L・ 労作時 L ) 在宅酸素業者名 ( ) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> 定期的注射 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 医療用麻薬使用 <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> 使用ベット・マットレス ( )	
11.活動・休息	睡眠状況 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> あまり眠れない <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 眠剤使用 ( ) 活動状況	備考欄

以上よろしくお願ひいたします。なおご不明な点があればご連絡をお願ひいたします。

記載年月日 年 月 日  
発信元施設名:  
住所:  
電話:

記載者:  
責任者: