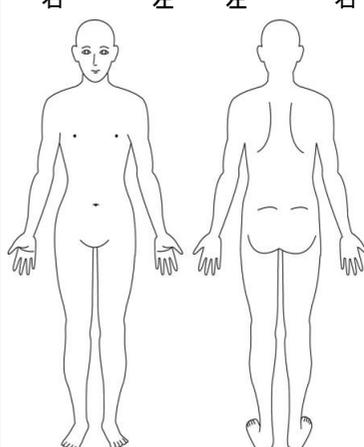


看護情報提供書

年月はリストから選択するように設定

おんご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	
M,T,S,Hをリストから選択するように設定			
ふ	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	主たる病名	
氏名		各感染症の()は-、+、±をリストから選択するように設定	
〇年〇月〇日生	歳	主治医	
入院期間	～	かかりつけ医	
住所	感染症	HBs ()	MRSA () 最終検査日: 平成 年 〇月 〇日
	<input type="checkbox"/> 未検査	HCV ()	MRSA検出部位 ()
Tel	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	その他 () 家族構成	
家族の状況: キーパーソン () 介護者 ()			
① 氏名 ()	1,2をリストから選択するように設定	1～5をリストから選択するように設定	Tel ()
② 氏名 ()			Tel ()
③ 氏名 ()			Tel ()
介護保険 <input type="checkbox"/> 申請済 <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 〇月 〇日 ～ 年 〇月 〇日			
※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)		内容 テキストボックスを設定	
既往歴		薬剤・処置等の管理	
テキストボックスを設定		薬剤 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> NS管理	
入院までの経過及び入院中の経過		テキストボックスを設定	
テキストボックスを設定		在宅患者の場合、「入院までの経過」のみ記載	
		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	
		テキストボックスを設定	
		問題点・留意点:	
		テキストボックスを設定	
		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	
		テキストボックスを設定	
		※必要に応じて記載	
		DNARに関する話し合 <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	
		テキストボックスを設定	
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	
テキストボックスを設定		テキストボックスを設定	
転院日又は在宅への退院日 平成 年 〇月 〇日			

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 checked="" 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 テキストボックスを設定 <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"/> 自立 <input type="checkbox"/> 時間がかかっても介助なしに一人できる <input type="checkbox"/> 手を貸して <input type="checkbox"/> 全面的に介助を要する 補助具 <input type="checkbox"/> 車椅子 () <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他 ()	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"/> セッティング <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"/> 流し食 <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 <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 ()	年月はリストから選択するように設定 最終交換日 () 月 () 日 年月はリストから選択するように設定
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) <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)	年月はリストから選択するように設定 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"/> 体を洗う () <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)	ドレーン/処置/装具/麻痺/褥瘡/発疹等皮膚の状況等の記載 右 左 左 右 
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"/> 使用ペット・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 テキストボックスを設定	備考欄 テキストボックスを設定

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

記載年月日 年 () 月 () 日

発信元施設名
住所
電話

年月はリストから選択するように設定

記載者:
責任者: