

看護情報提供書

作成日 年 月 日

患者名

| | |
|--|---|
| | 男 |
| | 女 |

記載者
連絡先

| | | | | | |
|--------------------------|--|---|--------|-------------------------|---------------|
| 施設名 | | | | 生年月日 | 要介護度 |
| 既往歴 | | | | 年 月 日 | |
| | 現在治療を受けている病名 | | 使用中の薬名 | | |
| | | | | | |
| 連絡先 | 氏名 | 続柄 | TEL | キーパーソン(連絡先と別の場合は続柄・TEL) | |
| | | () | | | |
| | | () | | 洗濯依頼 可 ・ 不可 | |
| 患者状況 ・受診までの経過 ・症状等 | | | | 入所年月日 | |
| | | | | 入所理由 | |
| 家族 | ・同行している ・連絡済み(来院予定日 ・本日 /) ・連絡未 | | | 家族協力 | 有 ・ 無 |
| 食事 | 形態 | 義歯 有・無 | | アレルギー | 有() |
| | 摂取量 | 嚥下障害 | 有 ・ 無 | | 無 |
| 排泄 | ・カテーテル留置(交換日 /) ・オムツ ・ポータブルトイレ ・自立 | | | 最終排便 | / |
| 睡眠状態 | 良好 ・ 不眠 | 薬剤使用 | 薬名 | 身体の状態 | 麻痺 有(部位) ・ 無 |
| | | 有 ・ 無 | | | 褥瘡 有(部位) ・ 無 |
| 生活の状況 | (0)自立 (1)補助具で自立 (2)見守りが必要 (3)一部介助 (4)全介助 補助具名: | | | | |
| 食事 | (0) (1) (2) (3) (4) | 必要な介助: ・セッティング ・声掛け ・見守り ・介護食器 ・経鼻/胃瘻(交換日 /) ・その他 | | | |
| 入浴 | (0) (1) (2) (3) (4) | 必要な介助: ・準備のみ ・声掛け ・見守り ・洗い残しを介助 ・その他 | | | |
| 更衣 | (0) (1) (2) (3) (4) | 必要な介助: ・準備 ・声掛け ・見守り ・ボタンかけ介助 ・その他 | | | |
| 歩行 | (0) (1) (2) (3) (4) | 必要な介助: ・見守り ・両手を引く ・車いす ・その他 補助具 : ・1本杖 ・4本杖 ・シルバーカー ・歩行器 ・その他 | | | |
| 座位 | (0) (1) (2) (3) (4) | 必要な介助: ・背もたれがあれば保持可能 ・車いすで保持可能 ・その他 | | | |
| 移動動作 | (0) (1) (2) (3) (4) | 必要な介助: ・声掛け ・見守り ・つかまるものがあれば可能 ・その他 | | | |
| 起き上がり | (0) (1) (2) (3) (4) | 必要な介助: ・声掛け ・見守り ・ベッドギャッジ挙上 ・つかまるものがあれば可能 ・その他 | | | |
| 寝返り | (0) (1) (2) (3) (4) | 必要な介助: ・声掛け ・見守り ・つかまるものがあれば可能 ・その他 | | | |
| 認知障害 | 有 (I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M) ・ 無 | | | | |
| 視覚障害 | 有 (・全盲 ・明暗程度 ・やや悪い) (・メガネ使用 ・コンタクト使用) ・ 無 | | | | |
| 聴力障害 | 有 (・聞こえない ・大声なら聞こえる ・耳もとなら聞こえる【右 ・左】) (・補聴器使用) 無 ・その他 | | | | |
| 言語障害 | 有 (・話せない ・不明瞭 ・単語程度) (・筆談 ・コミュニケーションボード ・その他) ・ 無 | | | | |