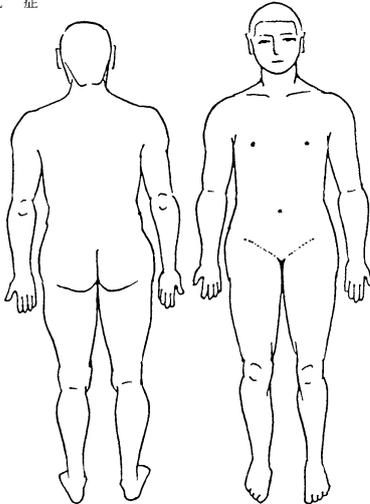


看護情報提供書

お世話になります。下記の患者さまについて看護の情報を提供いたします。

氏名	主たる病名		
	主治医		
T. S. H 年 月 日生 才	かかりつけ医		
訪問期間 年 月 日～ 年 月 日	感染症	HBs()	MRSA()最終検査日: 月 日
住所		HCV()	MRSA()検出部位
		その他	
TEL	アレルギー 有 無 ()		
家族状況	家族構成		
キーパーソン			
連絡先①			
連絡先②			
連絡先③			
介護保険 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請未 <input type="checkbox"/> 対象外			
※居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 有(事業所名:) <input type="checkbox"/> 無			
認定の有効期限 年 月 日～ 年 月 日			
在宅サービスの利用状況			
既往歴			
訪問看護中の経過	内服薬・点滴・その他		
	本人・家族の療養上の希望		
	看護職からのメッセージ		
入院先			

身体状況(該当する項目をチェック)当てはまらない場合は空欄に記載してください

1.自立度	<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 <input type="checkbox"/> その他()	
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 睡眠状態()	
3.問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <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"/> 完全に通じる <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 有 無 <input type="checkbox"/> 言語障害()コミュニケーションの手段 <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"/> 手を貸してもらうなど一部介助を要す <input type="checkbox"/> 全面的に介助を要す 補助具 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・介助) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()	
6.食事	<input type="checkbox"/> やや時間がかかっても介助なしに食事する 義歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <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 食事の種類 <input type="checkbox"/> 常食・軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> <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() </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 2px;"> チューブ等の種類() サイズ() 交換日() </div> </div> 食事の体位 <input type="checkbox"/> セティング <input type="checkbox"/> ギャッジアップ <input type="checkbox"/> フリー座位	
7.排泄	<input type="checkbox"/> やや時間がかかっても介助なしに1人できる <input type="checkbox"/> 緩下剤の使用 <input type="checkbox"/> 便座に座らせてもらうなど一部介助を要する 最終排便 月 日 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ(常時・夜間のみ)	
8.清潔	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> やや時間がかかっても介助なしに1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 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴	ドレーン・処置・装具・麻痺・褥瘡などの詳細 
9.更衣	<input type="checkbox"/> やや時間がかかっても介助なしに1人できる <input type="checkbox"/> 袖を通してもらうなど一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全面介助	
10.医療・療養状況	<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥そう <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 体交 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 定期注射 <input type="checkbox"/> インスリン	

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:

管理者: