看護情報提供書

参考様式①　明石市看護業務連絡会作成

記入施設名（　　　　　　）　記載看護師（　　　　　　）病棟責任者（　　　　　）記載日（　　　　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 性別 |  | 生年月日 |  | | | 入院期間：　　～ | | |
| 住所等 | 住所  TEL | | | | | | | | 保険種類 | | |
| 病  名 |  | | | | 身長・体重 | 身長：　　　　　　　体重： | | | | | |
| アレルギー | □有（薬剤：　　　　　食物：　　　　　）□無 | | | | | |
| 感染症 | □未実施 | | | | | |
| 既  往  歴 |  | | | |  | MRSA（　　） | | TPHA  （　　　） | | HBｓ  （　　） | HCV  （　　） |
|  | 疥癬  （　　　） | | TB  （　　） | | HIV  （　　） | その他（　　） |
| 入院中の看護 | | | | | | | | | | | |
| 介護保険 | | □申請（介護度:　　　　）□変更申請中（　　　/　　　　）  □申請中　　□申請無  事業所（　　　　　　　　　　　）担当ケアマネ（　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 本人の受け止め | |  | | | | | | | | | |
| 家族の受け止め | |  | | | | | | | | | |
| 介護者について | | １．キーパーソン氏名（　　　　　　）  患者との関係  連絡先①  連絡先②  □健康に障害がある　□健康に障害がない | | | | | 家族構成 | | | | |
| 退院後の、かかりつけ医 | | 医療機関名　　　　　　　　　　　　　　TEL：  急変時連絡先　　　　　　　　　　　　　TEL:  次回受診日：　　　　　　　　　　　　　備考（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 課題 | | 退院時の問題点や特に伝えたい事 | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1．活動 | 日常生活自立度：□J（自立）　□A（外出要介助）　□B（坐位可）　□C（寝たきり）  活動能力：□自動運動可能　□体位変換のみ可能　　□ベッド上坐位保持可能  □トランスファー可能（ベッド⇔ポータブルトイレ・車いす）  □つかまり立ち可能　□歩行可能　補助具□有（　　　　　　　　　　）□無  　　　　　□階段昇降可能　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  麻痺・拘縮：□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□無  コミュニケーション：□可能　　□不明慮（　　　　　　　　　）　　□不可能  言語障害：□有（　　　　　　　　　）　□無  見当識障害：□有（　　　　　　　　　　　　　）　□無  視覚障害：□有（　　　　　　　　　　　　　）　□無  聴覚障害：□有（　　　　　　　）　□無　補聴器使用　□有　□無  認知症：□有（認知症日常生活自立度：　　　　　　　　）　□無　昼夜逆転:□有　□無  　　　　対応方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 2．食事 | 主食：□米飯　　□全粥　　　□流動食  副食：□普通　　□柔采　　□きざみ　　　□ミキサー　　□とろみ剤使用  食種：□制限なし　　□塩分制限　　□蛋白制限　　□カロリー制限（　　　kcal）  摂取量：□10割　　□7割　　□5割　　□3割　　□1割 |
| □経管栄養　種類：　　　　　注入回数：　回　一回量（朝：　　昼:　　夕：　　眠：　）  □胃瘻　　　種類：　　　　　注入回数：　回　一回量（朝：　　昼:　　夕：　　眠：　）  □水分量（　　　　　　ml　）  　次回交換日：医療処置管理表参照 |
| 食事介助：□有　　　□無　　　むせ：□有　　□無  留意事項：  義歯：□有　　□無 |
| 3．服薬管理 | 管理方法：□自己管理　　　自己管理方法:□薬袋から　□ケース　□カレンダ―  □他者が管理　　管理者：  自己中断歴：　　□有　（理由：　　　　　　　　　）□無 |
| 4．排泄 | 方法：□トイレ　　□ポータブルトイレ　　□尿便器　□オムツ  □尿道留置カテーテル【交換日　使用カテーテルの種類は医療処置管理表参照  下剤服用：□有（　　　　　）下剤の使用頻度（　　　　　　　　　　　　　　）  排便間隔：△回 /○日最終排便：　　/ |
| 5．睡眠 | □良　　□不良（具体的に：　　　　　　　　　）眠剤使用□有（　　　　　　）□無  他留意事項： |
| 6．清潔 | 方法：□入浴　□シャワー浴　□清拭　　最終実施日：  動作：□全面介助　　□部分介助（　　　　　　　　　　　）　□自立  洗髪：□全面介助　　□部分介助（　　　　　　　　　　　）　□自立  更衣：□全面介助　　□部分介助（　　　　　　　　　　　）　□自立  洗面：□全面介助　　□部分介助（　　　　　　　　　　　）　□自立 |
| 7．備考 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　明石市看護業務連絡会

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成28年5月1日改定