年　　　月　　　日

看護及び栄養管理等に関する情報（1）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名（ふりがな） |  | | | | 性別 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 入退院日 | 入院日：　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | 退院(予定)日：　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 主たる傷病名 |  | | | | | | | | |
| 主な既往歴 | □診療情報提供書参照 | | | | アレルギー | | □薬剤（　　　　　　　　　　　　　 　） □食物（　　　　　　　　　　　　　 ） □その他（　　　　　　　　　　　 ） | | |
| 入院中の経過 | □診療情報提供書参照 | | | | | | | | |
| 継続する  看護上の問題等 |  | | | | | | | | |
| ケア時の具体的な方法や留意点 |  | | | | | | | | |
| 病状等の説明  内容と受け止め | 医師の説明 | |  | | | | | | |
| 患者 | |  | | | | | | |
| 家族 | |  | | | | | | |
| 患者・家族の  今後の希望・目標や、大切にしていること | 患者 | |  | | | | | | |
| 家族 | |  | | | | | | |
| 家族構成  （同居者の有無、　キーパーソン等） |  | | | | 緊急連絡先（氏名・続柄・連絡先） | | | | |
|  | | | | |
| 介護者等の状況 | 介護者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）協力者：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  対応可能な時間：  □24時間 　□日中のみ 　□夜間のみ 　□独居・介護者や協力者がいない | | | | | | | | |
| 日常生活自立度 | J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2 | | | | | | | | |
| 認知症自立度 | 正常 ・ Ⅰ ・ Ⅱa ・ Ⅱｂ ・ Ⅲa ・ Ⅲｂ ・ Ⅳ ・ Ｍ | | | | | | | | |
| 社会資源 | 要介護認定 | □申請中　　要支援状態区分（□１　　□２）  要介護状態区分（□１　　□２　　□３　　□４　　□５） | | | | | | | |
| 介護支援専門員／  訪問看護ステーション／  訪問診療医療機関 | | |  | | | | | |
| 障害手帳 | | | □有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 生活等の状況 | 清潔 | 入浴： 　□自立　□一部介助（介助方法：　　　　 　　　　　 　　　　 　　）  □全介助（□シャワー浴 　□機械浴 　□清拭　　最終：　　月　　日）  口腔ケア：□自立　□部分介助（介助方法：　　　　　　　 　　　　 　　　　）  　　　□全介助  更衣： 　 □自立　□部分介助（介助方法：　　　　　　　　　 　　 　　　　）  　□全介助 | | | | | | | |
| 活動 | 座位：□自立　□部分介助（介助方法：　　　　　　　　　　　　 　　 　　 　　 　　）  □全介助  移乗：□自立　□部分介助（介助方法：　　　　　　　 　　 　　 　　 　　）  □全介助  移動：□自立　□部分介助（介助方法：　　　　　　　　　　　　 　　 　　 　　 　　）  □全介助  方法：□T杖・松葉杖　 □歩行器 　□車椅子 □車椅子自走　□ストレッチャー | | | | | | | |
| 排泄 | □自立　□部分介助（介助方法：　　　　　　　　　　　　 　　 　　 　　　　　 　 　）  □全介助  方法：□トイレ　 □ポータブルトイレ 　□尿器 　□便器 　□パッド　□オムツ  □自己導尿  排泄機能障害：□尿意がない　□尿失禁 　□便意がない　 □便失禁  排便回数：（　　　　　）日に（　　　　）回　 最終排便： 　　月　 　日 | | | | | | | |
| 食事 | 介助方法： | | | | | | | |
| 睡眠 | □特記事項なし　　□その他（　　　　　　　　　　　 　　　　） | | | | | | | |
| 精神  状態 | □特記事項なし　 □抑うつ 　□せん妄　□その他（　　　 　 　　　　　）  □認知症　（症状、行動等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　） | | | | | | | |
| 運動　機能　障害 | □麻痺：（□右上肢　□左上肢　□右下肢　□左下肢）  □言語障害：（□構音障害　□失語症）　　　□視力障害：（□右　□左）  □聴力障害：（□右　□左）　　補聴器使用（□有　□無） | | | | | | | |
| 安全　対策 | 方法： | | | | | | | |
| 医療処置・　　　挿入物等の状況 | □点滴投与　経路 | | □PICC（末梢挿入型中心静脈カテーテル）　□CVC（中心静脈カテーテル）  □末梢静脈ライン　□静注CVポート　　挿入部位：  サイズ：　　　　　　　　　　　　　　最終交換日：　　　月　　日  最終ロック日：　　　　　　　　　　交換頻度： | | | | | | |
| □経管栄養 | | □経鼻　□胃瘻　□腸瘻　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　 　）  サイズ：　　　Fr　　　　　ｃｍ　　　　　挿入日：　　　　月　　 日  最終交換日：　　　月　　日　 　　 交換頻度： | | | | | | |
| □膀胱留置　カテーテル | | 種類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　サイズ：　 　　Fr  固定水：　　　　　ｍｌ　　　最終交換日：　　　月　　 日　　　交換頻度： | | | | | | |
| □透析 | | 週　　　　回　　　　　　　シャント：□有（部位　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| □呼吸管理 | | □吸引　　回数：  □酸素療法（□経鼻　　□マスク　　□その他 　　　　　　 ）  　 酸素設定：  □気管切開：気管内チューブ　　　　　㎜  最終交換日：　　月　 　日　 　交換頻度：  □人工呼吸器　　設定、モード： | | | | | | |
| □創傷処置 | | □褥瘡　　　部位・深度・大きさ等：  　 ケア方法：  □手術創　　部位：　　　 　　　　ケア方法： | | | | | | |
| □ストーマ  処置 | | 種類：　　　　　　 　　サイズ：  最終交換日：　　月　　日　　 交換頻度： | | | | | | |
| 服薬管理 | □自立　　□要確認・見守り　　□一部介助（方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  他院処方薬:□有　　□無 | | | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　（記入者氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　 　（照会先）