|  |
| --- |
| 別紙２ |

**看護情報提供書（薬剤情報含む）**

|  |
| --- |
| 病院名（　　　　　　　　　　　　）所在地（〒　　　　　　　　　　　　　　）TEL・FAX（　 　　　　　　　 　　　） |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ患者 |  | 生年月日年齢・性別 | 年　月　日歳・　　性 | 主治医 | （　　　　　　　　　） |
| 病名 |  | 入院期間 | 　　　　　　　　　　～ |
| 介護保険 | 申請（有・無）　　　　　介護度（　　　　　　） |
| 既往歴 |  | ケアマネ | 事業所 |  |
| 担当者名 |  |
| キーパーソン | 氏名（　　　　　　　　）連絡先（　　　　　　　　） |
| （下記資料の添付により記載事項の省略可） | 血液型（Rh） |  |
| □診療情報提供書　　　□食事・栄養サマリー□入院診療要約□看護サマリー継続紙 | 感染症 | HBs　　　　　梅毒RPR　　　　MRSAHCV　　　　　梅毒TP　　　　その他 |
| アレルギー | 無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 病状説明と理解 | 退院後の方向性 | 自宅　　　　　　　　施設　　　　　　　　未定 |
| ご本人ご家族 | 申込先施設名 |  |
| 麻　痺 | 有（右半身　左半身　上肢　下肢　その他） |
| 無 |
| 入院中の経過要約 | 移　動 | 自立　　　見守り　　　一部介助　　　全介助 |
|  | 独歩　　杖歩行　　歩行器　　車椅子　　ベッド上 |
| 意思疎通 | 可　　　不可　　（言語障害　有　　無） |
| 認知症 | 有　　無 | 高次脳機能障害 | 有　　無 |
| 視力障害 | 有　　無 | 眼鏡使用 | 有　　無 |
| 聴力障害 | 有　　無 | 補聴器使用 | 有　　無 |
| 身長：　　　　　　　　　　cm　　　体重：　　　　　　　　kg |
| 継続される看護問題（問題・目標・看護実践内容・アセスメント） | 食　事 | 自立　　セッティングで自立　　一部介助　　全介助 |
| 摂取方法 | 経口　　経鼻　　胃ろう　　腸ろう |
|  | 体　位 | ベッド上　　リクライニング車椅子車椅子　　机 |
| 形態 | 主食 | ご飯　（　　）全粥　　その他（　　　　） |
| 副食 | 常菜・軟菜・きざみ・ミキサー・その他（　　　　） |
| とろみ | 不要　　必要 |
| 食　種 | 普通　　その他（　　　　　　　　食） |
| 補助食品 |  |
| 薬剤情報（別紙でも可） | 口腔ケア | 自立　　　 見守り　　　 一部介助　　　 全介助 |
|  | 食事に伴う症状 | 嚥下障害 | 無　　有（むせ・飲み込みにくさ） |
| 下痢 | 有　　　時々　　　無 |
| 嘔吐 | 有　　　時々　　　無 |
| 継続される医学的管理・処置（処置名・方法・材料名） | 褥　瘡 | 無　　有（部位：　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 酸素・吸引・インスリン・呼吸器・点滴・胃ろう・尿道カテ等※退院後の受診日（把握している場合） | 処置： |
| 排　泄 | 自立　Ｐトイレ　おむつ　紙パンツ　尿器　尿道カテ |
| 尿道カテ | 　　　Fr：最終交換日 |
| 　最終排便　　　　　　　　便秘対策 |
| 清　潔 | 清拭　　　機械浴　　　介助浴　　　一般浴 |
| 最終入浴日 |  |
| 　備　　　考 |  |

記載日：　　　年　　月　　日　記載者／病棟名：　　　　　　　看護師：　　　　　　　　　　責任者：