

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	明・大・昭 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				