

## 訪問看護情報提供用紙

岡崎市民病院

年 月 日

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                     |       |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 訪問看護ステーション              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 担当(管理者)                                                                                                                                                             | ( )   |
| 患者氏名                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 生年月日                                                                                                                                                                | ( 歳)  |
| 介護支援専門員                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 家族構成                                                                                                                                                                |       |
| 事業所名                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                     |       |
| 在宅医                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                     |       |
| 医療機関名                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | キーパーソン                                                                                                                                                              | (続柄 ) |
| 介護保険                    | 要支援 1・2      要介護 1・2・3・4・5      変更申請中                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |       |
| 医療行為                    | <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> 麻薬<br><input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> 褥創 (部位      大きさ      ×      )                                                     |                                                                                                                                                                     |       |
| 訪問看護目的<br>(医療・介護)       | <input type="checkbox"/> 状態観察 <input type="checkbox"/> 処置・指導観察 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 保清<br><input type="checkbox"/> リハビリ<br>＊訪問回数と曜日(      回/週      月 火 水 木 金 土 日)                                                                                               |                                                                                                                                                                     |       |
| 在宅状況                    | 内服管理                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理<br><input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> お薬箱 <input type="checkbox"/> 一包化<br>その他( ) |       |
|                         | ADL 状況                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                     |       |
|                         | その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                     |       |
| 退院に向けての課題<br>(退院に必要な条件) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                     |       |
| 利用サービス                  | <input type="checkbox"/> デイケア      (      回/週) <input type="checkbox"/> デイサービス      (      回/週)<br><input type="checkbox"/> 訪問リハビリ      (      回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴      (      回/週)<br><input type="checkbox"/> ヘルパー      (      回/週) <input type="checkbox"/> デンタルケア      (      回/週) |                                                                                                                                                                     |       |
| 福祉用具                    | <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 歩行器<br><input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                            |                                                                                                                                                                     |       |