

記入日： 年 月 日

患者氏名（ふりがな）		性別		生年月日	
入院日		退院（予定）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	確認した日時も入力 この辺りにACPやDNARに関する記載する			
	家族				
家族構成 （同居の有無、 キーパーソン等）					
緊急連絡先 （氏名・続柄・連絡先）	① 氏名： （続柄： ） 連絡先： ② 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	J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2				
認知症診断	長谷川式認知症スケール（ ） 症状と対応方法（ ）				
認知症自立度	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ				

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			
	利用しているサービス内容			
	経済状況		生活保護 ☐ 無 ☐ 有 収入源 ()	
	障がい手帳		☐ 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 ☐ 口腔内の汚染状況 () 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 室内と屋外で異なるかなども記入) ☐ 全介助 方法： ☐ ストレッチャー ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ 車椅子自走 ☐ T杖・松葉杖 ☐ 独歩		
	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 ☐ バルン留置 ☐ ストマ (尿 便) 排泄機能障害： ☐ 尿意がない ☐ 尿失禁 ☐ 便意がない ☐ 便失禁 ☐ 夜間排尿あり 排便回数： () 日に () 回 最終排便： 月 日		
	食事	☐ 自立 ☐ 部分介助 (介助方法) ☐ 全介助 ☐ 食事形態 () ☐ 義歯 あり (部分か全体かなどを記載)		
	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： 感染症の有無 ☐ 無 ☐ 有 () 検査日 月 日 検体の種類 () () 検査日 月 日 検体の種類 () () 検査日 月 日 検体の種類 ()		

