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		≠₹刃Ⅰ ᡟ ╸□ 哶	: + ¬ +		
患者・家族の今後の 希望・目標や大切に	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				
していること	家族					
家族構成						
(同居の有無、						
キーパーソン等)						
緊急連絡先	① 氏名:		• •		連絡先:	
(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: 対応可能な □24時間		□夜間の	協力者: み □独居	・介護者や協	3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・IIIb・IIIa・IIIb・IV・M					

	要介護	□申請中 要支援状態区分(□1 □2)			
	認定	要介護状態区分(□1 □2 □3 □4 □5)			
	┃ 訪問看護ス	テーション/			
社会資源	I 訪問診療医	·····································			
122,50,00	<u></u> 利用してい	るサービス内容			
	経済状況	収入源(
	<u></u> 障がい手帳	, and , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
	1773 0 3 12				
	清潔	□全介助(□シャワー浴 □機械浴 □清拭 最終: 月 日)			
		□□腔ケア:□自立 □部分介助(介助方法)			
		□全介助□□□腔内の汚染状況()			
		更衣:□自立 □部分介助(介助方法)			
		□全介助			
		座位:□自立 □部分介助(介助方法)			
		□全介助			
	 活動	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)			
	/D 3/J	□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)			
		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)			
生活等の状況		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			
		□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	□特記事項なし □抑うつ □せん妄 □その他()			
	大態	□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)			
		方法:			
	安全	感染症の有無 □ 無			
	対策	□ 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()			

		種類			
		挿入部位:			
	□点滴投与経路	サイズ: 挿入の長さ:			
		最終交換日: 月 日			
		最終ロック日: 月 日 交換頻度:			
		□経鼻 □胃ろう □腸ろう □その他()			
	□経管栄養	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	種類: サイズ: Fr cm			
	カテーテル	固定水: ml 最終交換日: 月 日 交換頻度:			
		週 回(曜日)			
F- F- / D FF	□透析	シャント:□有(部位 種類)			
医療処置・	□呼吸管理	□吸引 回数:			
挿入物等の状況		□酸素療法(□経鼻 □マスク □その他)			
		酸素設定:			
		□在宅酸素(安静時: L 労作時: L)			
		□気管切開:チューブの種類			
		サイズ カフ圧			
		最終交換日: 月 日 交換頻度:			
		□人工呼吸器 設定、モード:			
		□褥瘡 DESIGN-R:			
	□創傷処置	ケア方法:			
		□手術創 部位: ケア方法:			
	□ストマ	種類: サイズ: cm			
	処置	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:))			
	□全介助				
	他院処方薬:□有 □無				
その他	+	テーテル挿入困難時のコツなどを記載			
てい 	//	ノーノル押八凶無吋ツコノなこで記戦			

(記入者氏名)	
(紹介先)	
_(紹介先 <i>)</i>	