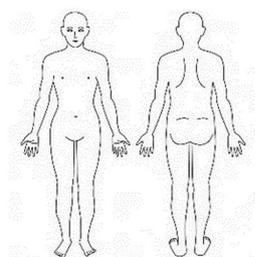


益田圏域版 訪問看護情報提供書

提供先 担当 様 作成日 年 月 日
 提供元 担当

フリガナ	生年月日		(家族構成) 住居：選択 ()		
氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族 ()
住所					キーパーソン(氏名： 続柄：) ペット <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無
社会保障	<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 難病	特記事項(介護状況等)			
主治医	医療機関：	医師：			
介護認定	要介護度() <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(調査日：) 居宅事業所 (担当：)				
社会資源	<input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他()				
日常生活度判定基準	認知症判定基準				
コミュニケーション	意思疎通：(<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし) 視力：(<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし) 聴力：(<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし)				
主病名	既往歴	アルブミン	体重	kg	
在宅での医療処置	<input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 吸入(回/日) <input type="checkbox"/> 酸素(L) <input type="checkbox"/> インスリン(内容： 単位/ 回)(選択：) <input type="checkbox"/> 疼痛管理：方法(<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 貼付薬 <input type="checkbox"/> 注射(内容) (回数 回/日) <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル(交換頻度 回/月・最終交換日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他 特記事項：				
移乗・移動	移動方法： <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自操) <input type="checkbox"/> 歩行(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助) 装具・補助具： <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他() 特殊寝具(<input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> 体圧マット) 麻痺、欠損： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 部位： 程度： 備考：				
食事	食事方法： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (備考) 食事内容：(主食) <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> () 分粥(副食) <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー 嚥下障害： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし トロミ： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 義歯： <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし 経管栄養食：(内容、量、回数等) 食事種類： 調理者： <input type="checkbox"/> 配食(<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕) <input type="checkbox"/> 電子レンジ使用可 不可				
排泄	自立 要介助：オムツ・Pトイレ・誘導・Ba留置 排便： 回/日 排尿： 回/日 便意：有・無 尿意：有・無 最終排便： 月 日 下剤使用の有・無()				
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス) 施行日：(月・火・水・木・金・土・日) ←あてはまる曜日に○				
内服	管理(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 方法() 投与(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(誰が) 処方内容添付 有・無				
睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 眠剤(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)				
在宅での様子と経過	訪問看護の目的・経過・看護内容 (訪問頻度： 回/)				
	看護上の問題・評価・具体的ケア方法における留意点・継続すべき看護				
	最終訪問(月 日)の状況				
本人・家族の意向					
退院調整の必要性					