看　護　情　報　提　供　書

転院先：　正式な施設名を必ず記載　　　　　　　　　担当看護師様

＊連絡先の「★」はキーパーソンを示す　　　　　　　記載年月日　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ氏名 | 　　　　　　　　　（　　　）生年月日　　　　　年　　月　　日（　　　歳） |
| 現住所 |  | 電話　 |
| 連絡先①★ | （続柄　　） | 電話 | 携帯 |
| 連絡先② | （続柄　　） | 電話 | 携帯 |
| 家族構成 |  | 支援背景 |  |
| 職業 |  |
| 感染症 |  | 血液型 |  |
| アレルギー |  | 診断名 |  |
| 入院期間 |  | 既往歴 |  |
| 転院の受け止め方本人：良い　普通　悪い　不明（　　　　　　　　　　　　　　　）家族：良い　普通　悪い　不明（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　 | ファイナル・ゴール本人：自宅　施設　不明家族：自宅　施設　不明（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 入院中の要約 | 看護の視点で簡潔に記載 |
| 栄養 | 摂取方法：経口　全量・半分以上・半分以下・その他（　　　　　）　経管　鼻腔・胃瘻・腸瘻　　　　　中心静脈栄養経腸栄養の種類（　　　　）　　投与方法（　　　　　）造設日（　／　　）最終更新日（　　／　）カテーテルの種類（　　　　　）食事援助：自立・一部介助・全介助　セッテイング・見守り・声掛け　　　　　その他必要物品：エプロン・補助スプーン・トロメリン・吸呑み・箸　　　　　体位の工夫：無・有（　　　　　　　　　　　　　　　）嚥下障害：無・有食事種類：ご飯（普通・軟らかめ）・お粥・パン・流動食・すり・キザミ治療食：肝臓食・糖尿病食・高血圧食・透析食・膵臓食・その他（　　　　　）総カロリー（　　　　カロリー）　水分（　　　ml）禁忌食品：納豆・卵・乳製品・グレープフルーツ・青魚・その他（　　　　　　）NST介入：無・有(　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　体重：（　　　　　kg）　測定日（　　／　　）　  |
| 排泄 | 排泄介助：自立：トイレ・ポータブルトイレ要介助：トイレ・ポータブルトイレ・便器・尿器・オムツ (援助方法： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　)排尿パターン：日中　　回　　　　夜間　　回排便パターン：　　回／　日　（最終排便日　　／　　）排便の異常：無・有　下痢・便秘・失禁・その他（　　　　　）排泄に関する内服：無・有　止痢剤・下剤・浣腸・座薬・その他（　　　　　　）排泄に関する問題　無・有　(　　　　　　　　　　　　　　　　)ストマ：無・有　交換頻度（　　　）　自己管理・他己管理留置カテーテル：無・有　カテーテルの号数（　　Fr）　最終更新日（　/　） |
| 清潔 | 清潔援助：自立　要介助清拭・シャワー浴・入浴・洗髪・その他（　　　　　　　　）（援助方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）最終保清日：　　／　洗面：自立　要介助（援助方法：　　　　　　　　　　　　　　　　）口腔ケア：自立　要介助（援助方法：　　　　　　　　　　　　　　）必要物品：歯ブラシ・ガーゼ・スワブ・くるリーナブラシ・その他（　　　　　　）　　　　　（援助方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　義歯：無・有　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 睡眠 | 睡眠問題：無・有夜間せん妄・入眠困難・中途覚醒・早期覚醒・熟睡感がないその他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）眠剤使用：無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 移動 | 移動方法：自立　要介助　見守り・歩行器・杖歩行・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（援助方法：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）移乗方法：自立　要介助　　　　　（援助方法　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 衣類の着脱 | 着脱状況：自立・要介助（援助方法：　　　　　　　　　　　　　　）衣類の種類：パジャマ・寝巻き・介護服・その他（　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| コミュニケーション | コミュニケーションの問題：無・有言語障害：無・有（意思疎通の手段：　　　　　　　　　　　　　　　　）　　聴力障害：無・有（意思疎通の手段：　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　視力障害：無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　その他（認知症等：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 服薬の管理 | 処方：無・有服薬管理：自己管理・一日配薬・一回毎配薬服薬方法（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 継続処置 | 無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  |
| 介護保険 | 無・有・申請中・不明 | 介護度　　度・不明 | 事業所名　　　　　ケアマネージャー名 |
| その他 |  |
| 看護診断（看護問題） | 記載する。 |

本情報提供書を送ることについては、本人もしくは配偶者、親権者、その他の親族（　　　）の了解を得ています。

福井県立病院　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 病棟名：

住所：〒910-8526　福井県福井市四ッ井2-8-1　　　　　 記載者名：

TEL：0776-54-5151・FAX：0776-57-2945　　　　　　　 病棟責任者名：