

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 セッティング・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・くるりナブラシ・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： ）

