

# 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	<p>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： )</p> <p>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 ( / )</p>
清潔	<p>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： )</p> <p>最終保清日： /</p> <p>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</p>
睡眠	<p>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 ( )</p>
移動	<p>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 )</p>
衣類の着脱	<p>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 ( )</p>
コミュニケーション	<p>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： )</p>

