　　 看　護　情　報　提　供　書　記　載　要　綱

看護情報提供書を作成し情報提供する事を、事前に本人、親族に同意を得ておく。

＊青色の部分は必要項目のみとし、あとは削除する

＊赤字は書き方の例

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 |  | | | | | | | | |
| 現住所 |  | | | | | | | | 電話 |
| 連絡先①★ | 必ず記載（続柄　　） | | | 電話 | | | | | 携帯 |
| 連絡先② | 必ず記載（続柄　　） | | | 電話 | | | | | 携帯 |
| 家族構成 | 同居家族：妻（施設入所） | | | | 支援背景 | | | 別居の娘が洗濯や身の回りの世話をしている | |
| 職業 | 無職の場合、過去の職業がわかれば記載する | | | | | | | | |
| 感染症 | 未検査の場合、項目を削除して不明とする | | | | 血液型 | 未検査の場合不明とする | | | |
| アレルギー | 食品、薬剤、その他 | | | | 診断名 | 正式な病名を記載（略語は使用しない） | | | |
| 入院期間 | 平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日 | | | | 既往歴 | 同上 | | | |
| 転院の受け止め方  本人：良い　普通　悪い　不明  （家の近くだから良い）  家族：良い　普通　悪い　不明  （リハビリがない病院だから本当は困る）  （出来るだけ本人家族の言葉を記載　） | | | | | ファイナル・ゴール  本人：自宅　施設　不明  家族：自宅　施設　不明  （本人家族の気持ちを記載） | | | | |
| 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（ハイネ）投与方法（朝１パック・昼２パック・夕３パック）  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（坐位でギャッチアップ　）  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(　補助食品摂取などを記入　)  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　(便への関心　毎日浣腸を希望する等)  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：背部のみ介助必要　　　　　）  最終保清日：　　／  洗面：自立　要介助（援助方法：車椅子で洗面所まで誘導　　　　　）  口腔ケア：自立　要介助（援助方法：毎食後義歯洗　　　　　　　　）  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（　　　　　　）  　　　　　（オーラルバランス使用等　）  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：歩行器自立だが4点杖歩行は見守り必要　　）  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：ズボンは自分ではけるが上着は介助必要　）  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：筆談・文字盤使用など意思疎通の手段など  記入）  聴力障害：無・有（意思疎通の手段：補聴器の有無、声の大きさ）  視力障害：無・有（視力の程度、眼鏡の使用）  その他（認知症等：言葉の理解・文字の読み書きの程度） | | | | | | | |
| 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（何かに混ぜて服薬・水を準備すれば自分で服薬できる）  ＊処方内容が必要な場合は処方箋をコピーし同封する | | | | | | | |
| 継続処置 | | 無・有（褥創処置・ガーゼ交換・点眼・吸入など） | | | | | | | |
| 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 | | 社会的・家庭的な事で必要な情報（家族の面会状況・疾患に対する思い）  抑制用具の使用・身体障害者手帳の有無や生活保護などの有無  入院中のトラブルなど  転院日の状態など | | | | | | | |
| 看護診断  （看護問題） | | 継続が必要な看護問題に対して、看護診断を用いて記載する。  診断名、要因、看護目標、看護介入は、整理して記載する。 | | | | | | | |

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：必ず師長名を記載

（H23年5月修正）