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）