

年 月 日

看護及び栄養管理等に関する情報(1)

患者氏名(ふりがな)			性別		生年月日	年 月 日
入退院日	入院日: 年 月 日		退院(予定)日: 年 月 日			
主たる傷病名						
主な既往歴	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照		アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬剤() <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他()		
入院中の経過	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照					
継続する 看護上の問題等						
ケア時の具体的 な方法や留意点						
病状等の説明 内容と受け止め	医師の説明					
	患者					
	家族					
患者・家族の 今後の希望・目 標や、大切にしてい ること	患者					
	家族					
家族構成 (同居者の有無、 キーパーソン等)			緊急連絡先(氏名・続柄・連絡先)			
			① ②			
介護者等の状況	介護者()協力者:() 対応可能な時間: <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 独居・介護者や協力者がいない					
日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
認知症自立度	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M					
社会資源	要介護 認定	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護状態区分(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)				
	介護支援専門員／ 訪問看護ステーション／ 訪問診療医療機関					
	障害手帳		<input type="checkbox"/> 有 ()			
生活等の状況	清潔	入浴: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助方法:) <input type="checkbox"/> 全介助(<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 最終: 月 日) 口腔ケア: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法:) <input type="checkbox"/> 全介助 更衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法:) <input type="checkbox"/> 全介助				
	活動	座位: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法:) <input type="checkbox"/> 全介助				

		移乗: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 (介助方法: _____) <input type="checkbox"/> 全介助 移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 (介助方法: _____) <input type="checkbox"/> 全介助 方法: <input type="checkbox"/> T 杖・松葉杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子自走 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 (介助方法: _____) <input type="checkbox"/> 全介助 方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自己導尿 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 尿意がない <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便意がない <input type="checkbox"/> 便失禁 排便回数: (_____) 日に (_____) 回 最終排便: ____ 月 ____ 日
	食事	介助方法: _____
	睡眠	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> その他 (_____))
	精神状態	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他 (_____)) <input type="checkbox"/> 認知症 (症状、行動等: _____))
	運動機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺: (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 言語障害: (<input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症) <input type="checkbox"/> 視力障害: (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 聴力障害: (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 補聴器使用 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
	安全対策	方法: _____
医療処置・挿入物等の状況	<input type="checkbox"/> 点滴投与経路	<input type="checkbox"/> PICC (末梢挿入型中心静脈カテーテル) <input type="checkbox"/> CVC (中心静脈カテーテル) <input type="checkbox"/> 末梢静脈ライン <input type="checkbox"/> 静注 CV ポート 挿入部位: _____ サイズ: _____ 最終交換日: ____ 月 ____ 日 最終ロック日: _____ 交換頻度: _____
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他 (_____)) サイズ: ____ Fr ____ cm 挿入日: ____ 月 ____ 日 最終交換日: ____ 月 ____ 日 交換頻度: _____
	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル	種類: _____ サイズ: ____ Fr 固定水: ____ ml 最終交換日: ____ 月 ____ 日 交換頻度: _____
	<input type="checkbox"/> 透析	週 ____ 回 シェント: <input type="checkbox"/> 有 (部位 _____))
	<input type="checkbox"/> 呼吸管理	<input type="checkbox"/> 吸引 回数: _____ <input type="checkbox"/> 酸素療法 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> その他 _____)) 酸素設定: _____ <input type="checkbox"/> 気管切開: 気管内チューブ ____ mm 最終交換日: ____ 月 ____ 日 交換頻度: _____ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 設定、モード: _____
	<input type="checkbox"/> 創傷処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡 部位・深度・大きさ等: _____ ケア方法: _____ <input type="checkbox"/> 手術創 部位: _____ ケア方法: _____
	<input type="checkbox"/> ストーマ処置	種類: _____ サイズ: _____ 最終交換日: ____ 月 ____ 日 交換頻度: _____
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要確認・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (方法: _____)) 他院処方薬: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
その他		

(記入者氏名)

(照会先)

看護及び栄養管理等に関する情報(2)

患 者 氏 名		
入 退 院 日	入院日： 年 月 日	退院(予定)日： 年 月 日

(太枠:必須記入)

栄養管理に関する情報	栄養管理・ 栄養指導等 の経過											
	栄養管理上の 注意点と課題											
	評価日	年 月 日		過去(週間)の体重変化		増加 ・ 変化なし ・ 減少: (kg %)						
	身体計測	体重	kg	測定日(/)	BMI	kg/m ²	下腿周囲長	cm・ 不明	握力	kgf・ 不明		
	身体所見	食欲低下	無 ・ 有 ・ 不明 ()			消化器症状	無 ・ 有 (嘔気・嘔吐・下痢・便秘) ・ 不明					
		味覚障害	無 ・ 有 ・ 不明 ()			褥 瘡	無 ・ 有 (部位等) ・ 不明					
		浮 腫	無 ・ 有 (胸水・腹水・下肢) ・ 不明			その他						
		嚥下障害	無 ・ 有			特記事項						
		咀嚼障害	無 ・ 有									
	検査・ その他	過去1か月以内Alb値 ()g/dL ・ 測定なし			その他							
	1日栄養量	エネルギー			たんばく質		食 塩	水 分	その他			
	必要栄養量	()kcal/標準体重kg ()kcal/現体重kg			()g/標準体重kg ()g/現体重kg		g	ml				
	摂取栄養量	()kcal/標準体重kg ()kcal/現体重kg			()g/標準体重kg ()g/現体重kg		g	ml				
	栄養補給法	経口 ・ 経腸(経口 ・ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻) ・ 静脈 食事回数: 回/日 朝 ・ 昼 ・ 夕 ・ その他()										
	食種	一般食 ・ 特別食() ・ その他()										
	食事形態	主 食 種 類	朝	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()					量			g/食
			昼	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()								g/食
			夕	米飯・軟飯・全粥・パン・その他()								g/食
		副 食 形 態	常菜・軟菜・その他() (*)自由記載:例 ベースト									
		嚥下調整食	不要 ・ 必要		コード(嚥下調整食の場合は必須) 0j ・ 0t ・ 1j ・ 2-1 ・ 2-2 ・ 3 ・ 4							
その他影響する問題点	無 ・ 有 ()											
禁止食品	食物アレルギー	無 ・ 有		乳・乳製品 ・ 卵 ・ 小麦 ・ そば ・ 落花生 ・ えび ・ かに ・ 青魚 ・ 大豆 その他・詳細()								
	禁 止 食 品 (治療、服薬、宗教上 などによる事項)											
退院時栄養設定の詳細	栄養量	補 給 量	エネルギー	たんばく質 (アミノ酸)	脂質	炭水化物 (糖質)	食塩	水分	その他			
		経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml				
		経 腸	kcal	g	g	g	g	ml				
		静 脈	kcal	g	g	g	g	ml				
		経口飲水						ml				
		合 計	kcal	g	g	g	g	ml				
		(現体重当たり)	kcal/kg	g/kg				ml				
	経腸栄養 詳細	種 類	朝:	昼:		夕:						
		量	朝:	ml	昼:	ml	夕:	ml				
		投与経路	経口 ・ 経鼻 ・ 胃瘻 ・ 腸瘻 ・ その他()									
		投与速度	朝:	ml/h	昼:	ml/h	夕:	ml/h				
	静脈栄養 詳細	追加水分	朝:	ml	昼:	ml	夕:	ml				
		種 類 ・ 量										
		投与経路	末梢 ・ 中心静脈									
	・ 備											

(記入者氏名)

(照会先)

【記入上の注意】

1. 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。
2. 地域連携診療計画に添付すること。