

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 <input type="checkbox"/> 要支援状態区分(□1 □2) <input type="checkbox"/> 要介護状態区分(□1 □2 □3 □4 □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(□シャワー浴 □機械浴 □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				