

情報提供書

訪問看護師用

情報提供先

御中

事業所名
所在地
連絡先
管理者名
担当者名

本人・家族より個人情報の提供に対する同意済み

記入日 平成 年 月 日

ふりがな			性別	男・女	生年月日	H S T	年	月	日
氏名	様				(歳)				
住所					電話				
介護保険被保番号					有効期間	H	年	月	日
介護認定	申請中	要支援	1・2	要介護	1・2・3・4・5	認定日	H	年	月
医療区分	特定疾患受給者証	有・無			身体障がい者手帳	有・無	(障がい名) 種 級		
連絡先(緊急時)									
氏名	(キーパーソン)	(続柄)	氏名	(続柄)					
住所				住所					
電話	(自宅)	(携帯)	電話	(自宅)	(携帯)				
家族構成および本人・ご家族の状況や経済状況									
主治医	(医療機関名)	(氏名)	(連絡先)						
傷病名									
利用者の病状・障がい等の状態等 (1月当たりの訪問日数:訪問看護療養明細書の実日数 日 回)									
現在処方されている薬剤									
<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 投薬管理している人 ()						アレルギー・副作用			
						有・無			
						感染症			
						有・無			
特別な医療									
<input type="checkbox"/> 疼痛の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (サイズ 交換)									
<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻 胃瘻 サイズ 交換)									
<input type="checkbox"/> ドレーン (部位:) <input type="checkbox"/> 酸素療法 (L/min) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (サイズ)									
<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()									
看護の内容・本人、家族に対する指導の要点									
<input type="checkbox"/> 一般状態の観察 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 点滴									
利用者の日常生活上の留意事項・解決すべき課題に関する要点									
病状変化: <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 時々変化(要注意) <input type="checkbox"/> 徐々に悪化(要注意) <input type="checkbox"/> 急速に悪化(要随時報告) <input type="checkbox"/> 重症のため連絡を密に									
精神状態: <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 見守りや連絡等の配慮が必要 <input type="checkbox"/> コミュニケーションの工夫 <input type="checkbox"/> 夜間の悪化に注意 <input type="checkbox"/> 常時介護が必要									
その他: <input type="checkbox"/> 糖尿病のため過食に注意 <input type="checkbox"/> インスリンの使用のため低血糖に注意 <input type="checkbox"/> 定期的な排便確認									
<input type="checkbox"/> 疼痛治療を行っているので、意識確認が必要 <input type="checkbox"/> 転倒による骨折に注意 <input type="checkbox"/> 十分な水分摂取									
必要と考えられる保健福祉サービス									
<input type="checkbox"/> 緊急通報システムの設置 <input type="checkbox"/> 紙おむつ支給 <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> その他 ()									
備考・その他特記すべき事項									

ふりがな
氏名 様

記入日 平成 年 月 日

バイタルデータ	体温	℃	脈拍	回/分	呼吸	回/分	血圧	mmHg	測定日	H	年	月	日
計測	身長	cm	体重	kg					測定日	H	年	月	日

日常生活自立度	障がい 認知	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2	評価日	H	年	月	日
		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M							

ADLとIADLの状況		評価日	平成	年	月	日	特記事項
視力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり					
聴力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障あり					
意思伝達	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 時々可能	<input type="checkbox"/> 不可能				
認知症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
周辺症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力	<input type="checkbox"/> 不潔行為			
	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 抑うつ・不安	<input type="checkbox"/> その他			
睡眠障がい	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
麻痺の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> その他		
麻痺	上肢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度		
	下肢	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度		
歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> ストレッチャー			
座位保持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
転倒のリスク	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ややあり	<input type="checkbox"/> 状況によりあり	<input type="checkbox"/> あり			
排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> 導尿	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> パルーン		最終排便 (月 日)
	<input type="checkbox"/> 紙パンツ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> ストマ	<input type="checkbox"/> 浣腸	<input type="checkbox"/> 摘便		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 機械浴		
入浴制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
口腔疾患	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり				
口腔衛生	<input type="checkbox"/> 十分	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 不十分				
咀嚼	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 義歯必要	<input type="checkbox"/> 困難				
義歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
嚥下	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 誤嚥に注意	<input type="checkbox"/> 困難				
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> ソフト	<input type="checkbox"/> 粥	<input type="checkbox"/> トロミ	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ミキサー	
	<input type="checkbox"/> ペースト	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (kcal/日)					
食事摂取量	<input type="checkbox"/> 食べず	<input type="checkbox"/> スプーン3口程度	<input type="checkbox"/> 1/3	<input type="checkbox"/> 2/3	<input type="checkbox"/> 全量		
栄養状態	<input type="checkbox"/> 良い	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 悪い				
食事制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
水分制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					