

病院ID.  -  -

記入日：平成 年 月 日

居宅介護支援事業者	事業所名			担当者名	
	所在地	〒			
	TEL・FAX	TEL	FAX		

氏名	ふりがな	性別	生年月日		

住所			電話		年齢	歳
----	--	--	----	--	----	---

緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	勤務先	電話番号

介護・障害の状況	要介護度	障害者手帳の有無		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
----------	------	----------	--	---

経済状況	年金 <input type="checkbox"/> 有 ( ) ・ <input type="checkbox"/> 無	生保 (担当CW )
------	--	------------

既往歴と現病歴		

感染性疾患	<input type="checkbox"/> 有 ( ) ・ <input type="checkbox"/> 無
-------	---

主治医	病院(医院)	科	先生 ( <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 通院 )
	病院(医院)	科	先生 ( <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 通院 )

かかりつけ歯科医	病院(医院)	先生 ( <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 通院 )
----------	--------	--

かかりつけ薬局	薬局
---------	----

投薬	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
----	---

身体状況	起臥床	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	左の具体的な状況
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可	
	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	
	口腔ケア	<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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	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	
	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	
	洗面	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴	
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不明瞭 <input type="checkbox"/> かなり不明瞭	

認知症状	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
------	---

日常の様子	( <input type="checkbox"/> 大半離床 <input type="checkbox"/> 寝たり起きたり <input type="checkbox"/> 常時臥床 )				
	嚥下状態	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適	義歯の使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
食生活	食事内容	主食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ( )分粥		
		副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他( )		
		水分摂取(とろみ)	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要		
	嫌いな物		禁忌食品		
	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う (1日 本 ) <input type="checkbox"/> 吸わない		飲酒	<input type="checkbox"/> 飲む <input type="checkbox"/> 飲まない
特記事項 (経管栄養・特食等)					
家族構成	男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (同居は囲む) キーパーソン ★		介護状況	※独居等の状況・主な介護者(近隣者含む) ・介護者の身体状況・職業の有無等	
家庭状況	住居	<input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> アパート		トイレ	<input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式
	ベット	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	住宅改修	<input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 改修済 <input type="checkbox"/> 今後計画 <input type="checkbox"/> 必要なし	
	専用居室	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (内容 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			(事業所名・利用状況等)	
特記事項					

病院名 ( ) 所在地 (〒 ) TEL・FAX ( )

フリガナ 患者		生年月日 年齢・性別	年 月 日 歳 性	主治医 ( )		
病名		入院期間	～			
		介護保険	申請 (有・無)	介護度 ( )		
既往歴 (手術歴含 む)		ケアマネ	事業所			
			担当者名			
		キーパーソン	氏名 ( )	連絡先 ( )		
(下記資料の添付により記載事項の省略可)		血液型 (Rh)				
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 食事・栄養サマリー <input type="checkbox"/> 入院診療要約 <input type="checkbox"/> 看護サマリー継続紙	感染症	HBs                      梅毒 RPR                      MRSA HCV                      梅毒 TP                      その他				
	アレルギー	無・有 ( )				
	病状説明と理解、意向	退院後の 方向性	自宅                      施設                      未定			
ご本人		麻痺	有 (右半身 左半身 上肢 下肢 その他) 無			
ご家族		移動	自立    見守り    一部介助    全介助 独歩    杖歩行    歩行器    車椅子    ベッド上			
入院中 (又は在宅看護中) の経過要約		意思疎通	可    不可    (言語障害 有    無)			
			認知症	有    無	高次脳機能障害	有    無
			視力障害	有    無	眼鏡使用	有    無
			聴力障害	有    無	補聴器使用	有    無
			身長 :	cm	体重 :	kg
継続される看護問題 (問題・目標・看護実践内容・アセスメント)		食 事	自立    セッティングで自立    一部介助    全介助			
			摂取方法	経口    経鼻    胃ろう    腸ろう		
			体 位	ベッド上    リクライニング車椅子 車椅子    机		
			形 態	主食	ご飯 ( ) 全粥    その他 ( )	
				副食	常菜・軟菜・きざみ・ミキサー・その他 ( )	
			とろみ	不要    必要		
			食 種	普通    その他 ( )    食)		
			補助食品			
薬剤情報 (別紙でも可)	口腔ケア	自立    見守り    一部介助    全介助				
	食事に伴 う症状	嚥下障害	無    有 (むせ・飲み込みにくさ)			
		下痢	有    時々    無			
		嘔吐	有    時々    無			
継続される医学的管理・処置 (処置名・方法・材料名) 酸素・吸引・インスリン・呼吸器・点滴・胃ろう・尿道カテ等	褥 瘡	無    有 (部位 : )	処置 :			
※退院後の受診日 (把握している場合)	排 泄	自立    Pトイレ    おむつ    紙パンツ    尿器    尿道カテ				
		尿道カテ	Fr : 最終交換日			
	最終排便	便秘対策				
	清 潔	清拭    機械浴    介助浴    一般浴	最終入浴日			
備 考						

記載日 : 年 月 日 記載者/病棟名 :

看護師 :

責任者 :