

# 訪問看護の入院時情報連携シート

記入日: 年 月 日

医療機関名:  
ご担当者名:

宛て 事業所名:  
様 記載者名:  
TEL:  
FAX:

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報を送付します。是非ご活用ください。

患者情報	フリガナ		性別	年齢	生年月日	年	月	日	生	
	患者氏名	様		歳	電話番号					
	住所	〒			自宅					
	家族構成	キーパーソン			携帯	キーパーソンの連絡先 第1連絡先				
	病名									
	既往歴									
	入院歴	最近半年間での入院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 (理由: 入院頻度 <input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いがこれまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
看護サマリー/療養生活上の課題について	病状経過 及び入院理由									
	医療処置	<input type="checkbox"/> 無 最終バイタル( T °C, P 回/分, BP mmHg, SpO2 %)								
	<input type="checkbox"/> 点滴( ) <input type="checkbox"/> CVポート( ) <input type="checkbox"/> 酸素療法(O <sub>2</sub> ℓ) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引( 回/日) <input type="checkbox"/> 気管切開( ) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ( Fr, カフ圧 ml, 最終交換日 月 日 ) <input type="checkbox"/> 胃瘻( Fr, 固定水 ml, 最終交換日 月 日 ) <input type="checkbox"/> 経鼻栄養( Fr, 固定水 ml, 最終交換日 月 日 ) <input type="checkbox"/> 経腸栄養( ) <input type="checkbox"/> 褥瘡( ) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル( Fr, cc, 最終交換日 月 日 ) <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ( ) <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ( ) <input type="checkbox"/> 排便コントロール( ) <input type="checkbox"/> 痛みのコントロール( ) <input type="checkbox"/> 自己注射( ) <input type="checkbox"/> その他( )									
	看護経過									
	看護上の問題点及びケア時の具体的な方法や留意点・継続すべき看護等									
本人・家族の思い ※悩みや望み、ACP的な意向など在宅での思い										
身体・生活機能の状況	内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) ※お薬手帳(コピー) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
	薬剤管理 服薬状況	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (職種: ) <input type="checkbox"/> 処方箋通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> 特記事項( )								
身体・生活機能の状況	麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) 要介護度認定 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護								
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 歩行補助具 <input type="checkbox"/> その他( )								
	食事動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングで自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 食事回数 回/日 <input type="checkbox"/> 不明								
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー 摂取方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養								
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食事制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) 水分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )								
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる 義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総 )								
	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"/> 介助								
	清潔	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 最終入浴日 月 日								
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 最終排便日 月 日								
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助								
	排泄補助具	ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 オムツ/パット <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時								
	コミュニケーションにおける問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
		<input type="checkbox"/> 視力( <input type="checkbox"/> 眼鏡 ) <input type="checkbox"/> 聴力( <input type="checkbox"/> 補聴器 ) <input type="checkbox"/> 言語( ) <input type="checkbox"/> 意思疎通( <input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 認知機能低下 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )								
	精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )								
	生活リズム等について	( ) ※眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
日常生活の特記事項	( )									
その他利用しているサービス	( )									