

## 看護情報提供書（薬剤情報含む）

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		ケアマネ	事業所		
			担当者名		
		その他支援者			
入院中の経過要約		血液型（Rh）			
□診療情報提供書参照		感染症	HBs	梅毒 RPR	MRSA
□入院診療要約参照			HCV	梅毒 TP	その他
□看護サマリー継続紙参照		アレルギー	無・有（ ）		
病状説明と理解		退院後の 方向性	自宅	施設	未定
ご本人			申込先施設名		
ご家族		麻 痺	有（右半身 左半身 上肢 下肢 その他）		
			無		
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）		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
		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
		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
			食事の姿勢	机 車椅子	リクライニング 車椅子 ベッド上
			食事の内容		
			補助食品		
			とろみの必要	有	無
		口腔ケア	自立	見守り	一部介助 全介助
			特記事項		
		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）		褥 瘡	無	有（部位：	）
酸素・吸引・インスリン・呼吸器・点滴・胃ろう・尿道カテ等			処置：		
		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	
・退院後の受診予定日（把握している場合）			最終排便	便秘対策	
		清 潔	清拭	機械浴	介助浴 一般浴
・かかりつけ医及びその受診予定日（ ）			最終入浴日		

記載日： 年 月 日 記載者／病棟名：

看護師：

責任者：