

看護情報提供書

記入年月日： 年 月 日

患者氏名		様	年齢	歳	性別（男・女）	
緊急連絡先		名前：		続柄：		
		日中 TEL（ ）		夜間 TEL（ ）		
介護保険		1 未申請		2 申請中（ 月 日）		
				3 認定済（介護度 ）		
身長・体重		最近の身長（ cm）		体重（ kg）		
日常生活について	1 排泄	日中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助でトイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル			
		夜間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助でトイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル			
	2 食事	・排尿（ 回/日） ・排便（ 回/ 日：下剤 ）				
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（経口）				
		<input type="checkbox"/> 経管栄養等（ ）				
		<input type="checkbox"/> その他（ ）				
		・食事制限	（有・無）	<input type="checkbox"/> 糖尿病食 Cal/日 <input type="checkbox"/> 塩分制限食 g/日 <input type="checkbox"/> 蛋白制限食 g/日		
	<input type="checkbox"/> その他					
		義歯	（有・無）	義歯の部位：		
		嚥下機能低下	（有・無）			
	3 寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	4 起き上がり	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
5 座位保持	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
6 立ち上がり	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
7 歩行	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	・補助具の使用（ <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他）					
8 階段昇降	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
9 入浴	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
10 着替え	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
11 睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時に不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 眠剤使用（ ）					
12 嗜好品	アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 時々飲む（ ） <input type="checkbox"/> 毎日飲む（ ）				
	喫煙	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> やめている <input type="checkbox"/> 吸っている（ 本/日）				
難聴	（有・無）					
身体状況（麻痺等）	（有・無）		内容			
精神状態（認知症状等）	（有・無）		程度			
感染症	（有・無）※有の場合、 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
アレルギー（薬物等）	（有・無）		内容			

看護情報提供書

No. 2

医療ステイ利用期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
病 名			
既 往 歴			
常用薬		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照	
特記事項			
看護ケア・介護上の留意点	褥 瘡	(有 ・ 無)	
	その他ケア・留意事項	(有 ・ 無)	
事業所	ふりがな 記入者		
	事業所名		
	連絡先	住所：	電話：
記入者 ()			
入院時アセスメント 問題リスト			
※ 病院で記入			

記入者 ()

改：20220325