

看護情報提供書

医療法人誠医会 宮川病院

緩和ケア外来担当

平成 年 月 日

紹介元医療機関名

看護情報記載者名

該当するものに☑を入れ、必要事項の記載をお願い致します

患者氏名	男・女 歳		
チューブ類・ 治療・処置など	ドレーン・カテーテル挿入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位)	
	酸素吸入	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (マスク・カヌラ	L/M)
	気管切開	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (カニューレ	Fr)
	吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	人工肛門	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	膀胱留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	IVH	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	IVH ポート	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	胃瘻	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (経鼻・経口)	
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可 (形態:)	(摂取量: 普通・少量・数口)
	その他 ()		
セルフケア・ コミュニケーション の状況	移動 歩行 (自立・つたい歩き・杖)	車いす (一部介助・全介助)	ストレッチャー
	食事 自立	一部介助	全面介助
	排泄 (尿) 自立	一部介助	全面介助 オムツ使用
	排泄 (便) 自立	一部介助	全面介助 オムツ使用
	入浴 自立	一部介助	全面介助
	整容姿 自立	一部介助	全面介助
	意志疎通 可能	不可	
	その他 ()		
精神機能・状態	記憶障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	うつ状態	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	怒り・攻撃性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	見当識障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	不安感	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	感情失禁	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	せん妄	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	不眠	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	意識レベル JCS () 点		

平成 25 年 9 月 1 日改訂