

年 月 日

## 看護及び栄養管理等に関する情報(1)

患者氏名(ふりがな)		性別		生年月日	年 月 日
入退院日	入院日: 年 月 日	退院(予定)日:	年 月 日		
主たる傷病名					
主な既往歴	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照	アレルギー	<input type="checkbox"/> 薬剤( )	<input type="checkbox"/> 食物( )	<input type="checkbox"/> その他( )
入院中の経過	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書参照				
継続する 看護上の問題等					
ケア時の具体的 な方法や留意点					
病状等の説明 内容と受け止め	医師の説明				
	患者				
	家族				
患者・家族の 今後の希望・目 標や、大切にしてい ること	患者				
	家族				
家族構成 (同居者の有無、 キーパーソン等)			緊急連絡先(氏名・続柄・連絡先)		
			① ②		
介護者等の状況	介護者( )協力者:( ) 対応可能な時間: <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 独居・介護者や協力者がいない				
日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2				
認知症自立度	正常・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M				
社会資源	要介護 認定	<input type="checkbox"/> 申請中 要支援状態区分( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護状態区分( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
	介護支援専門員/ 訪問看護ステーション/ 訪問診療医療機関				
	障害手帳		<input type="checkbox"/> 有( )		
生活等の状況	清潔	入浴: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助方法: ) <input type="checkbox"/> 全介助( <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 最終: 月 日) 口腔ケア: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: ) <input type="checkbox"/> 全介助 更衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: ) <input type="checkbox"/> 全介助			
	活動	座位: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: ) <input type="checkbox"/> 全介助			

	移乗: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: _____) <input type="checkbox"/> 全介助 移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: _____) <input type="checkbox"/> 全介助 方法: <input type="checkbox"/> T杖・松葉杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 車椅子自走 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助(介助方法: _____) <input type="checkbox"/> 全介助 方法: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自己導尿 排泄機能障害: <input type="checkbox"/> 尿意がない <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便意がない <input type="checkbox"/> 便失禁 排便回数: ( _____ )日に( _____ )回 最終排便: 月 日
食事	介助方法: _____
睡眠	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> その他( _____ )
精神状態	<input type="checkbox"/> 特記事項なし <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <input type="checkbox"/> 認知症(症状、行動等: _____ )
運動機能障害	<input type="checkbox"/> 麻痺:( <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 言語障害:( <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症) <input type="checkbox"/> 視力障害:( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 聴力障害:( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 補聴器使用( <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
安全対策	方法: _____
医療処置・挿入物等の状況	<input type="checkbox"/> 点滴投与経路 <input type="checkbox"/> PICC(末梢挿入型中心静脈カテーテル) <input type="checkbox"/> CVC(中心静脈カテーテル) <input type="checkbox"/> 末梢静脈ライン <input type="checkbox"/> 静注 CV ポート 挿入部位: サイズ: _____ 最終交換日: 月 日 最終ロック日: _____ 交換頻度: _____
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) サイズ: Fr _____ cm 挿入日: 月 日 最終交換日: 月 日 交換頻度: _____
	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル 種類: _____ サイズ: Fr _____ 固定水: ml _____ 最終交換日: 月 日 交換頻度: _____
	<input type="checkbox"/> 透析 週 _____ 回 シヤント: <input type="checkbox"/> 有(部位 _____ )
	<input type="checkbox"/> 呼吸管理 <input type="checkbox"/> 吸引 回数: _____ <input type="checkbox"/> 酸素療法( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> マスク <input type="checkbox"/> その他 _____ ) 酸素設定: <input type="checkbox"/> 気管切開:気管内チューブ _____ mm 最終交換日: 月 日 交換頻度: _____ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 設定、モード: _____
	<input type="checkbox"/> 創傷処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡 部位・深度・大きさ等: ケア方法: <input type="checkbox"/> 手術創 部位: _____ ケア方法: _____
	<input type="checkbox"/> ストーマ処置 種類: _____ サイズ: _____ 最終交換日: 月 日 交換頻度: _____
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要確認・見守り <input type="checkbox"/> 一部介助(方法: _____ ) 他院処方薬: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他	

(記入者氏名) \_\_\_\_\_

(照会先) \_\_\_\_\_

看護及び栄養管理等に関する情報(2)

患者氏名		
入退院日	入院日： 年 月 日	退院(予定)日： 年 月 日

(太枠:必須記入)

栄養管理に関する情報	栄養管理・栄養指導等の経過									
	栄養管理上の注意点と課題									
	評価日	年 月 日	過去( 週間)の体重変化	増加・変化なし・減少: ( kg %)						
	身体計測	体重 kg 測定日( / )	BMI kg/m <sup>2</sup>	下腿周囲長 cm・不明	握力 kgf・不明					
	身体所見	食欲低下	無・有・不明 ( )		消化器症状	無・有(嘔気・嘔吐・下痢・便秘)・不明				
		味覚障害	無・有・不明 ( )		褥瘡	無・有(部位等)・不明				
		浮腫	無・有(胸水・腹水・下肢)・不明		その他					
		嚥下障害	無・有		特記事項					
		咀嚼障害	無・有							
	検査・その他	過去1か月以内Alb値 ( )g/dL	測定なし	その他						
	1日栄養量	エネルギー		たんぱく質	食塩	水分	その他			
	必要栄養量	( )kcal/標準体重kg		( )g/標準体重kg	g	ml				
		( )kcal/現体重kg		( )g/現体重kg						
	摂取栄養量	( )kcal/標準体重kg		( )g/標準体重kg	g	ml				
		( )kcal/現体重kg		( )g/現体重kg						
	栄養補給法	経口・経腸(経口・経鼻・胃瘻・腸瘻)・静脈		食事回数:	回/日	朝・昼・夕・その他( )				
	食種	一般食・特別食( )		その他( )						
	食事形態	主食種類	朝	米飯・軟飯・全粥・パン・その他( )					量	g/食
			昼	米飯・軟飯・全粥・パン・その他( )						
			夕	米飯・軟飯・全粥・パン・その他( )						
副食形態		常菜・軟菜・その他( ) *自由記載:例 ベースト								
嚥下調整食		不要・必要	コード(嚥下調整食の場合は必須)		0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4					
その他影響する問題点	無・有	( )								
禁止食品	食物アレルギー	無・有	乳・乳製品・卵・小麦・そば・落花生・えび・かに・青魚・大豆							
	禁止食品 (治療、服薬、宗教上などによる事項)	その他・詳細( )								
退院時栄養設定の詳細	栄養量	補給量	エネルギー	たんぱく質(アミノ酸)	脂質	炭水化物(糖質)	食塩	水分	その他	
		経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml		
		経腸	kcal	g	g	g	g	ml		
		静脈	kcal	g	g	g	g	ml		
		経口飲水						ml		
		合計	kcal	g	g	g	g	ml		
	(現体重当たり)	kcal/kg	g/kg				ml			
	経腸栄養詳細	種類	朝:	昼:		夕:				
		量	ml	ml		ml				
		投与経路	経口・経鼻・胃瘻・腸瘻・その他( )							
静脈栄養詳細	投与速度	朝:	昼:		夕:					
	追加水分	ml	ml		ml					
	種類・量									
投与経路	末梢・中心静脈									
備										

(記入者氏名)

(照会先)

【記入上の注意】

1. 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。
2. 地域連携診療計画に添付すること。