

氏名	様	歳	男・女	生年月日	年	月	日
住所							
連絡先		①	②				
病名				発症日			
既往歴等							
かかりつけ医				医師名			
相談員等 事業所名				TEL			
担当者				FAX			
担当訪問看護ステーション							

ADL状況等

医療管理	☐ IVH ☐ CVポート ☐ 末梢点滴						
	内容 (☐ 吸痰 (頻度 回/日) ☐ 酸素吸入 (安静時: L/分 労作時: L/分)						
	☐ 人工呼吸器 機種名: ()						
	☐ 気管カニューレ (カニューレサイズ: Fr) 種類 ()						
	☐ 胃瘻 (カテーテルの種類 号 ☐ 経鼻栄養						
	☐ 透析 (シフト:) シャント部位 ()						
	☐ インスリン 薬剤名 () 朝 () 昼 () 夕 () 夜 ()						
	☐ 血糖測定 (回/日)						
	☐ 褥瘡 部位 () 処置方法 ()						
	☐ その他						
異常行動	認知症 ☐ 無 ☐ 有 認知症の行動心理症状 ☐ 無 ☐ 有						
	☐ 徘徊 ☐ 不穏行動 ☐ 夜間せん妄 ☐ 不潔行動 ☐ 異食 ☐ 暴力 ☐ その他 ()						
食事	☐ 普通食 ☐ 治療食 () ☐ 流動食 ()						
	主食	☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ 粥 () ☐ ミキサー ☐ その他 ()					
	副食	☐ 普通 ☐ キザミ ☐ ところみ () ☐ ゼリー ☐ ミキサー					
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 軽介助 ☐ 全介助 ☐ 経管栄養						
排泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器等 ☐ おむつ ☐ 尿道留置カテーテル						
	☐ 導尿 (回数 回 時間:) ☐ 腎瘻 ☐ 膀胱瘻 ☐ ストマ						
	尿意	☐ 有 (いつも) ☐ 有 (ときどき) ☐ 無			便意	☐ 有 (いつも) ☐ 有 (ときどき) ☐ 無	
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 軽介助 ☐ 全介助						
移動	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 4点杖 ☐ 歩行器 (シルバーカーなど) ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー						
	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 軽介助 ☐ 全介助						

急変時対応	☐ 挿管 ☐ 心臓マッサージ ☐ 酸素 ☐ 点滴 ☐ 自然に						
	人工呼吸器装着希望 ☐ 有 ☐ 無 気管切開希望 ☐ 有 ☐ 無						

希望入院期間(2週間まで)		第一希望	月	日 () ~	月	日 ()
		第二希望	月	日 () ~	月	日 ()
個室希望	☐ 有 ☐ 無	※必ずしもご希望に添えるわけではありません				
直近の退院	年	月	日	医療機関名		
胃瘻交換希望	☐ 有 ☐ 無	直近の交換日		年	月	日