

入院時情報共有シート

患者氏名

様

令和 年 月 日 記入

※ 下記情報は入院中の医療やケアの参考にさせていただきますので、ケアマネージャーか訪問看護師の方が記入してください
 ※ 最低でもレスパイト入院3日前までに 雄勝中央病院医療連携室までFAXしてください

健康状況	主疾病	1 2 3	食事	摂取状況	自立 見守り 一部介助 全介助
	麻痺・拘縮	なし 麻痺あり 拘縮あり 部位()		嚥下	できる 見守り できない
	痛み	なし あり 治療中 部位()		食事形態	主食() 副食() 経腸栄養 (種類)
	褥瘡	なし あり 治療中 部位()		栄養状態	良好 普通 不良
	皮膚疾患	なし あり 治療中 部位()		水分摂取	自立 見守り 一部介助 全介助
医療処置 がある場合 記入して 下さい	喀痰吸引	回/日	排泄	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助
	気管切開	チューブ種類		口腔状態	自歯 義歯 (上 下 部分)
	在宅酸素	業者 リットル/分		アレルギー	なし あり ()
	人工呼吸器	業者 設定	排泄	排尿	自立 見守り 一部介助 全介助
	人工肛門	パウチ交換頻度 日毎		排便	自立 見守り 一部介助 全介助 下剤利用 なし あり ()
	ウロストミー	パウチ交換頻度 日毎		尿失禁 便失禁	なし あり なし あり
	腎瘻	挿入部位 右 左	コミュニケーション	日中 夜間	トイレ ポータブル 尿器 オムツ トイレ ポータブル 尿器 オムツ 留置カテーテル使用
	胃瘻	チューブ種類 Fr		視力	問題なし はっきり見えない ほとんど見えない (眼鏡使用 なし あり)
	腸瘻	チューブ種類 Fr		聴力	問題なし はっきり聞こえない ほとんど聞こえない (補聴器使用 なし あり)
	経鼻胃カテーテル	チューブ種類 Fr	認知と 行動	言語	問題なし 問題あり ()
	中心静脈栄養	輸液種類 量		意思疎通	できる 時々できる 困難
	麻薬使用	薬品名 容量		もの忘れ	なし あり (認知症確定診断 あり なし)
	褥瘡処置	方法()	介護力	意思決定	できる 特別な場合以外できる 困難
	褥瘡以外 創傷処置	部位()		行動・ 心理状況	抑うつ 不安 興奮 被害的 作話 昼夜逆転 同じ話繰り返す 大声 介護拒否 落ち着きない 収集 独語 徘徊
	その他	方法()		介護者	氏名 続柄
ADL	寝返り	できる 一部介助 全介助		介護者の健康	健康 高齢 病身()
	起き上がり	できる 一部介助 全介助		介護の提供	常時 日中のみ 夜間のみ 特記()
	座位	できる 一部介助 全介助		療養につい ての意向	本人 家族
	移乗	できる 一部介助 全介助			
	入浴	できる 一部介助 全介助			
	室内歩行	できる 一部介助 できない			
	室外歩行	できる 一部介助 できない			
	更衣	できる 一部介助 全介助			
身だしなみ	できる 一部介助 全介助				
使用機器	車いす 特殊寝台 歩行器 杖				
その他 伝達事項	※あれば記述	特別な 状況	一人暮らし 日中独居 成年後見 生活保護 ターミナル その他		

記入された方 所属

職種

氏名