

提供先:

患者情報提供書

記載日 年 月 日

フリガナ 氏名		性別		職業		年齢	
				生年月日			
住所				電話			

情報提供の目的	<input type="checkbox"/> 在宅サービス利用	<input type="checkbox"/> 施設入所	<input type="checkbox"/> 転院
---------	-----------------------------------	-------------------------------	-----------------------------

疾患名		主治医:	
-----	--	------	--

既往歴			家族構成		
			介護度:		
			主介護者	続柄:	
			キーパーソン	続柄:	

かかりつけ医	医療機関名	第① 連絡先	氏名:	続柄:	
	医師氏名		電話:		
			第② 連絡先	氏名:	続柄:
			電話:		

担当ケアマネ	氏名:	事業所:	
	連絡先:		

経過要約 退院サマリー	入院期間:	～	
		医療上の注意事項・継続される看護問題	

病状の理解	本人			家族		

障害高齢者の生活自立度
 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

認知高齢者の日常生活自立度
 自立 I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M

意思疎通		意思疎通方法:
認知障害		困っている事:
視力障害		生活上の注意点:
聴力障害		生活上の注意点:
食事	食事摂取 () 義歯 ()	
	主食:	治療食: ()
	おかず:	水分のトロミ: ()
	その他(禁忌、補助食器など):	
	経管栄養:	/ 最終交換日: 年 月 日
	器材名:	サイズ()Fr、挿入長さ()cm、コネクタ規格()
使用栄養剤 × 、 白湯 ×		
排泄	排泄	尿破棄量:()mL 最終排便日: 年 月 日
	方法	その他:
	着用	
	状態	尿: 尿意 失禁 便: 便意 失禁 薬剤使用 内容:
	ストーマ	膀胱留置カテーテル ()Fr 最終交換日: 年 月 日
入浴		最終入浴日: 年 月 日
移動	起居	座位
	起立	移乗
	歩行	補助具:
	拘縮・麻痺	部位:
睡眠		眠剤: 薬名:
服薬管理	内服方法: ※ 薬の内容はおくすり説明書参照	
皮膚疾患	褥瘡 部位: 処置方法:	その他:
医療処置	吸引	()
	酸素療法	(安静時 L 体動時 L)
	インスリン	()
	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> PCAポンプ <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> その他()	
備考	最終バイタル	体温 °C 脈 回 血圧 / SPO2 %

医療機関名: 安曇野赤十字病院 (病棟)

記載者:

担当医:

印

患者、家族の同意を得て、情報提供しています。