

同意 有 無

在宅看護情報提供書

令和 年 月 日

患者様氏名	歳 [M F] M・T・S 年 月 日生		
住所：柳井市・平生町・田布施町・上関町	家族構成：独居 夫婦世帯 同居 (人暮らし)		
自宅Tel	家族の連絡先：自宅・その他 (Tel)		
家族の介護の力量：	キーパーソン：		
訪問看護状況：介護保険対象 医療保険対象 (障害者手帳：有 級 無)	介護度： 申請未 申請中		
訪問看護指示主治医： 当院・() 医師名	担当ケアマネ：		
指示時の病名：	内服管理：自立 (分包 有 無) 家族 その他 ()		
指示内容：病状観察 保清 創処置 食事管理 内服管理 排泄管理 カテーテル管理 メンタルケア ターミナルケア リハビリテーション 介護指導 療養指導 その他 ()			
訪問期間：	H 年 月 日	～	H 年 月 日
訪問状況：	毎日 毎週 月 火 水 木 金 土 日	毎月 ()	緊急時
看護経過			
訪問最終日看護記録又は在宅での処置内容 訪問日 H 年 月 日 時頃 訪問者			
【在宅時の状況】			
機能障害	言語障害：有 無	視力障害：有 無 (右 左) (眼鏡 コンタクト)	
難聴：有 無 (右 左)	補聴器 (有 無)	麻痺：有 無 (部位)	
褥創：有 無 (部位)	自立度： J A B C		
移動	歩行 (自立・杖・老人カー)	車椅子 (自立 要介助)	寝たきり その他 ()
会話	意思の疎通状況：可 不可 問題あり ()		
痴呆	有 無：問題行動 (徘徊 暴力 夜間せん妄 幻覚 妄想 記憶障害 うつ症状)		
食事	内容：治療食 () 常食 流動食 キザミ食	食事量：少食 普通 大食	
経管栄養	(胃ろう 胃管) 最終交換日 月 日		
摂取方法：	はし スプーン その他 ()	義歯：有 無	誤えんの恐れ：有 無
食事状況：	自立 全介助 一部介助 見守り	食事体制：ギャジアップ 端座位 車椅子 食卓椅子	
保清	自立 全介助 一部介助 (自宅入浴 通所入浴 訪問入浴 清拭)		
更衣	自立 全介助 一部介助 (その他)		
排泄	自立 介助 全面 (オムツ 尿器 ポータブルトイレ バルン 最終交換日 月 日)		
尿意：	有 無 便意：有 無	睡眠 内服：有 無 良眠 昼夜逆転 不眠	
その他	退院前にご連絡をお願いします。		

担当

訪問看護ステーション Tel

担当看護師

管理者