

<ご家族の方へ>

短期入所・入院(レスパイト)の看護情報提供書

～当クリニックで、短期入所・入院(レスパイト)をご検討して頂いているご家族の方へ～

当クリニックでは患者さんのことをよりよく知り、安全に入院・入所生活が過ごせるよう、看護用情報提供書の提出をお願いしています。医療機関に記載して頂く診療情報提供書と共に提出をお願いいたします。

記入していただいた方のお名前: (続柄:)

記入日: 年 月 日

患者さんのお名前: 診察券番号:

※当ではまる項目に○をつけ、空欄に記入をお願いします。

医療行為	痰の貯留	無 ・ 有
	排痰方法	自力 ・ 吸引が必要
	吸引	吸引カテーテル ()Fr カテーテル交換頻度 本/日 挿入長 口腔内()cm 鼻腔内()cm 気切部()cm 吸引回数 回/日 回/時 痰の性状(水様 ・ 粘稠痰 ・ 泡沫) 痰の色(透明 ・ 白色 ・ 黄色)
	自力で排痰出来る場合の介助方法	
	NGチューブ	無 ・ 有(Fr) 最終交換日 年 月 日 交換頻度 カ月/ 回 交換用予備 無 ・ 有
	PEG (胃瘻)	無 ・ 有(Fr) 固定水 ml 最終交換日 年 月 日 交換頻度 カ月/ 回 交換用予備 無 ・ 有
	褥瘡	無 ・ 有 部位 処置方法
	吸入	無 ・ 有 (内容・回数など)
人工肛門	無 ・ 有 最終交換日 年 月 日 交換頻度 カ月/ 回 交換用予備 無 ・ 有 スキンケア方法と用具	

栄養	経口	食事内容	常食 ・ キザミ ・ ミキサー			
		食事の時間	朝	時	食べるのに要する時間	分間
			昼	時		分間
			夕	時		分間
		食事の姿勢	(ベッド上ギャジアップ ・ 車椅子 その他)			
		介助	無 ・ セッティングのみ ・ 見守り ・ 半介助 ・ 全介助			
		水分摂取方法	(コップ ・ ストロー ・ スプーン)			
	食事の工夫	とろみ (あり ・ なし) むせ (あり ・ なし) その他				
	注入	注入方法	PEG(胃瘻) ・ NGチューブ			
		注入内容	朝	時	内容	分間
昼			時	内容	分間	
夕			時	内容	分間	
注入の姿勢		(ベッド上ギャジアップ ・ 車椅子 ・ その他)				
水分の注入	無 ・ 有 (方法・時間)					
内服薬	内服方法	朝食	(前 ・ 後)	服用方法		
		昼食	(前 ・ 後)	服用方法		
		夕食	(前 ・ 後)	服用方法		
		寝る前	時	服用方法		
その他の薬	屯用	発熱時	無 ・ 有	薬品名		
		けいれん時	無 ・ 有	薬品名		
	点眼	無 ・ 有	薬品名			
外用薬	無 ・ 有	薬品名				
排泄	排尿	トイレ誘導	無 ・ 有 (誘導方法・タイミング)			
		オムツ	回/日	夜間交換 (無 ・ 有 ・ 覚醒時)		
		膀胱留置カテーテル	尿量	ml/日		
		膀胱瘻	留置カテーテル()Fr	固定水 ()ml		
		腎瘻	バルン交換 (週/回)			
			最終交換日 (月 日)	予備 無 ・ 有		
		自己導尿	導尿用カテーテル()Fr			
		実施時間・間隔()				
		尿量	ml/日			
	排便	トイレ誘導	無 ・ 有 (誘導方法・タイミング)			
下剤使用		無 ・ 有 (内服 ・ 坐薬 ・ 摘便 ・ 浣腸)				
		薬品名・用法 ()				
	投与時間 (時)					
	使用のタイミング()					

睡眠	入眠時間 ()時 起床時間 ()時
	入眠時の薬 無・有(薬品名)
	投与時間 ()時 追加投与 無・有()
	睡眠状況 正常 入眠障害 中途覚醒 睡眠中不穏 昼夜逆転 睡眠環境で気を付けて欲しいこと 例: 部屋の明るさ 掛物など
清潔	入浴 デイサービスで入浴 自宅で入浴 移動入浴 体拭き
	曜日
	体位・方法
	歯磨き 自立・半介助・介助 義歯 無・有(総・部分) 介助方法 回数 回/日(食前・食後・その他)
移動	歩行 可・介助で可・不可
	車椅子移乗 自力で可・軽介助で可・全介助
	移乗方法
姿勢	立位 可・介助で可・不可
	座位保持 可・介助で可・不可
	体位交換 不要・要 時間毎
	多動 無・有
意思疎通	発声 可・不可
	視線 合う・合わない
	意思の表出方法
生活環境	お家で過ごしているお部屋の状況
1日の過ごし方	<p>0 12 24</p>

けいれん 症状	けいれん 無・有
	有の場合 けいれんの頻度 回/日 回/週 回/月 最後にけいれん発作が起こった日 月 日
	1日のうち起こりやすい時間帯はありますか 例:起床時 うとうとしている時 等
	けいれんが起こる前に症状(前ぶれ)はありましたか 例:動きが止まった 等
	けいれんはどの部位に起こりましたか 例:全身・左手のみ 等
	どんな様子・症状でしたか 例:ピクピクした 硬直した 等
	どのくらい続きましたか 分間 秒間 回
	発作時の対処法 例:薬を使用せず様子を見た 等
	最後に薬剤を使用した日時 年 月 日
	薬剤を使用するタイミング
	薬剤使用後の変化・状況
	習慣・遊び
嫌いなこと	
伝えたい事	アレルギーの有無等

予防接種歴

接種が終わっているところまでし点をつけて下さい。

	1回目	2回目	3回目/追加	追加
B型肝炎(HBV)				
Hib				
小児肺炎球菌				
ロタウイルス				
ロタリックス				
ロタテック				
四種混合(DPT-IPV)				
三種混合(DPT)				
二種混合(DT)				
生ポリオ				
不活化ポリオ(IPV)				
BCG				
麻疹・風疹(MR)				
水痘				
おたふくかぜ				
日本脳炎				
今期のインフルエンザ				
ヒトパピローマウイルス				

*ただし、ヒトパピローマウイルス（子宮頸がんワクチン）は接種後の慢性疼痛等の報告があり、厚生労働省は積極的には推奨していません。

ご記入ありがとうございました。 大府あおぞら有床クリニック