

情報提供シート

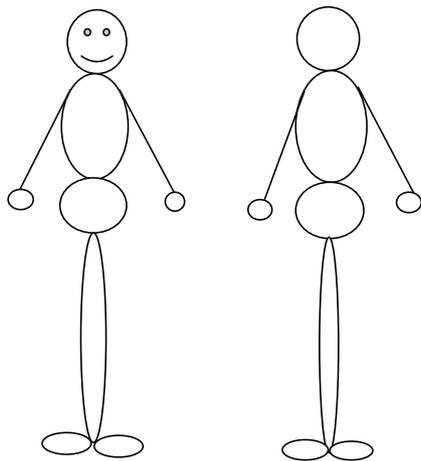
紹介先 : あおぞら診療所 上本郷
 院長 川越 正平
 所在地 : 〒271-0074 松戸市緑ヶ丘2-357
 TEL : 047-369-1248
 FAX : 047-369-1247

紹介機関名 :
 部署名 :
 担当者名 :
 連絡先 :

| | | | | |
|------------------------|---|---|----------------------|--------------------|
| ふりがな | | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | 生年月日 | M・T・S・H 年 月 日 歳 |
| 患者氏名 | 様 | | | |
| 在宅療養 施行場所 | 〒 | | | |
| | TEL (自宅) | その他 | | |
| 現病名 | 認知症 有 ・ 無 | | | |
| 現病歴 | 診療情報提供書(直近の採血等検査データ・処方内容も含む)・看護サマリーを添付していただいても構いません | | | |
| 現在の 症状と その 対処 | 疼痛 有 ・ 無 | 部位 : 程度 : 0=なし 1=時折または断続的な痛みで、今以上の治療を必要としない。 2=中程度の痛みで、時に調子の悪い日もあり、日常生活にやや支障あり。 3=しばしばひどい痛みで、痛みによって日常生活や集中力に著しく支障あり。 4=絶えられない持続的な激しい痛みで、他のことを考えることが出来ない。 麻薬使用 : 有 () ・ 無 レスキュー : 麻薬の副作用 : 有 (悪心・嘔吐・眠気・便秘・幻覚・かゆみ・その他) 他の鎮痛剤使用 : 有 () ・ 無 対処法(薬剤以外) : | | |
| | 消化器症状 有 ・ 無 | 嘔気 ・ 嘔吐 ・ 腸閉塞 ・ 便秘 ・ 下痢 ・ 腹水 ・ 腹部膨満感 ・ その他() 対処法(薬剤等) : | | |
| | 呼吸器症状 有 ・ 無 | 呼吸困難 ・ 咳 ・ 胸水 ・ 喘鳴 ・ その他 () 対処法(薬剤・酸素等) : | | |
| | 精神症状 有 ・ 無 | 抑うつ ・ 不安 ・ せん妄 ・ 不眠 ・ その他 () 対処法(薬剤等) : | | |
| | 神経症状 有 ・ 無 | 麻痺 : 有 (完全麻痺 ・ 不完全麻痺 / 右上肢・右下肢・左上肢・左下肢) ・ 無 意識障害 : 有 ・ 無 言語障害 : 有 ・ 無 | | |
| | その他の症状 有 ・ 無 | 全身倦怠感 : 有 (重度・軽度) ・ 無 食思低下 : 有(摂取程度 %) ・ 無 浮腫 : 有 (著明・軽度) ・ 無 嚥下困難 : 有 ・ 無 その他() 対処法(薬剤等) : | | |
| | 褥創等 創傷処置 有 ・ 無 | 部位 : 深さ 対策 : エアマット 有 ・ 無 処置 : 軟膏() ドレッシング() その他() | | |
| 本人・ 家族 への 説明 | | 本人 | 家族(本人と異なる場合はご記入ください) | |
| | 病名 | | | |
| | 病状 | | | |
| | 予後 | | | |
| | 在宅で起こり うる病態変化と その対処 | | | |
| 説明への理解 | 本人 : 良好 ・ 一部不良 ・ 不良 | 家族 : 良好 ・ 一部不良 ・ 不良 | | |
| 本人・ 家族 の 希望 | 療養場所 に対する思い | 急変時の対応 : 在宅での治療を続ける ・ 緊急受診する ・ 入院を希望する 緊急受診・入院する場合の病院() | | |
| | DNR | 確認 済 ・ 未 | | |

| | |
|------|--|
| 食事 | 自立・部分介助・全介助 / 内容:普通食・トロミ食・きざみ・流動食・他() / 食止め |
| 歩行 | 自立・つたい歩き・杖歩行・手引き歩行・歩行器使用・不可能 |
| 移動手段 | 屋内() 屋外() |
| 排泄 | 日中 : トイレ・ポータブルトイレ・オムツ・その他() / 自立・部分介助・全介助 |
| | 夜間 : トイレ・ポータブルトイレ・オムツ・その他() / 自立・部分介助・全介助 |
| 清潔 | 入浴・シャワー浴・清拭 / 自立・部分介助・全介助 介助者() |
| 着替え | 自立・部分介助・全介助 |
| 会話 | 談話可能・簡単な会話可能・意思疎通困難・他の伝達方法を利用() |
| 視力 | 視力低下 : 有(右・左)・無 めがね使用 有・無 |
| 聴力 | 難聴 : 有(右・左)・無 補聴器使用 有・無 |

<処置>



(挿入部位を矢印で示して下さい)

- 中心静脈栄養 → 使用している場合下記へ
- その他の注射 → 使用している場合下記へ
- 胃管 or 胃瘻 チューブ名() サイズ(Fr)
最終交換日 (/)
目的:ドレナージ・経管栄養(栄養内容・量 ())
- 膀胱留置カテ チューブ種類() サイズ(Fr)
最終交換日 (/)
- ストマ パウチの種類() 交換頻度()
- 気管カニューレ カニューレ名() サイズ(mm)
最終交換日 (/)
- 酸素 ナザール・マスク 流量(l/分)
レンタル会社名()
- 吸引処置
- 創処置 部位・方法()
- その他 ()

A 中心静脈栄養 ポート : 有・無 ポートのタイプ : オープンエンド・グローション
内容 ()
投与方法 : 持続・間歇(時間) 投与速度(ml/h)
注入ポンプ : テルモ カフティーポンプ・ニプロ キャリカポンプ
レンタル会社()

B その他の注射

- 麻薬 投与経路 : 中心静脈・皮下
内容()
注入ポンプ : デルテックPCA機能付ポンプ・その他()
《設定》 投与速度(ml/h) ドーズ量(レスキュー)(ml)
ロックアウトタイム(分) 時間有効回数 (回)
レンタル会社()
- サンドスタチン 投与経路 : 中心静脈・皮下
内容() 投与速度(ml/h)
注入ポンプ シュアフューザー・その他()

*家族が行う手技がある場合 指導 : 未・済 → 実施者() 理解度 良好・不安あり