|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 紹介先： | | | | |
| Ｉ　Ｄ：　　　　　　　　　　　　　診療科：　　　　　　　　　担当医： | | | | |
| (ふりがな）  患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日：　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 生年月日：（ T・S・H ）　　　年　　　月　　　日　　　男 ・ 女　　年齢：　　　　才 | | | | |
| 入院期間：　　　年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日　病名： | | | | |
| 看護要約（経過）・・・各医療機関の看護要約を参照下さい。 | | | | |
| 家族構成　及び　キーパーソン（患者との関係）  　　同居人数：　　　名（構成：　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　キーパーソン氏名：  　　本人との関係：  　　患者、家族、介護者の思い | | | | |
| 患　者　状　況 | | | | |
| 計　　測 | 身長（　　　　　㎝）計測日　　／ | | 体重（　　　　　㎏）計測日　　／ | |
| 食　　事 | □自立　□一部介助　□全介助　□経管栄養　□胃ろう栄養　□絶食　□その他  食事形態（主食：　　　　　　　　　　　　副食：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 活動／運動 | □自立（自力歩行・杖歩行・歩行器・車椅子・シルバーカー）  □一部介助（歩行・車椅子）　□全介助　□見守り | | | |
| 清　　潔 | □自立　□一部介助（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □全介助　　　　　　最終入浴日　　／ | | | |
| 排　　泄 | □自立（トイレ・ポータブルトイレ）　□一部介助（トイレ・ポータブルトイレ・尿器）  □見守り　□全介助（オムツ・バルンカテーテル）　□その他（　　　　　　　　　）  □最終排便　　／ | | | |
| 危険行動 | □有　　　□無 | | 不穏：　□有　　　□無 | |
| 薬剤管理 | 内服薬：　□あり　　□なし | | □自己管理　　　　　□看護師管理 | |
| 看護行為  継続内容 | 治療・処置　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□無 | | | |
| 感 染 症 | ＨＢＳ(　　　)　ＨＣＶ(　　　)　ＭＲＳＡ(　　　)　その他(　　　　　　)  アレルギー：□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□無 | | | |
| 退院後予想される  医療処置 | □在宅人工呼吸  □在宅自己注射  □在宅酸素療法  □在宅自己導尿  □在宅持続陽圧呼吸療法  □バルーン留置 | □人工肛門造設  □吸引  □在宅血液透析  □在宅成分栄養経管栄養中(胃ろう・腸ろう・経鼻)  □在宅気管切開患者  □人工膀胱造設(腎ろう・膀胱ろう) | | □褥瘡等皮膚処置  □在宅自己腹膜還流  □在宅中心静脈  □在宅自己疼痛管理 |
| 利用している社会資源 | □訪問診療(名称　　　　　　　　)  □訪問看護(名称　　　　　　　　) | □施設利用（名称　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □居宅介護支援事務所(名称　　　　　　　 担当者　　　　 　　）  □在宅サービス（名称　　　　　　　　　　　　 　　） | | |
| 社会保障 | 介護保険：□新規申請中　□更新申請中　□変更申請中　□無  　　□要支援１　□要支援２  □要介護１　□要介護２　□要介護３　□要介護４　□要介護５  身体障害者手帳（部位：　　　　　　　　　　　　、　　　　　　種　　　　　　級）  特定疾患（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  生活保護：□有 | | | |
| 将来的な  方向性に  ついて | □在宅（準備に要する期間：　　　　　　）　□他病院（病院名：　　　　　　　　　）  □施設（申請施設：　　　　　　　　　　）　□その他  （待機期間：　　　　　　　　　　） | | | |

　医 療 ・ 介 護 の 連 携 シ ー ト

発信元（　　　　　　　　　　　　　　　）　　記載者（　　　　　　　　　　　　　）

山形県在宅医療推進事業　医療と介護のなせばなるプロジェクト