

看護情報提供書

FAX 025-388-2119

病院

新潟リハビリテーション病院
医療相談室・地域連携室

患者名

発症日 年 月 日

病名

入院日 年 月 日

感染症	<input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> HBS <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> ワ氏 <input type="checkbox"/> その他()
食事・栄養	<input type="checkbox"/> 経口 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他() 食事形態 主食()副食()
移動 (屋内歩行)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 装具(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> その他() 身長 cm 体重 kg
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入浴形態 ()
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 尿意(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> フォーレ留置 <input type="checkbox"/> 自己導尿 便意(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他()
問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> その他 問題行動に対しての対応 <input type="checkbox"/> センサー機器 種類() <input type="checkbox"/> ミトン 体幹抑制 <input type="checkbox"/> その他()
退院後の方向性	<input type="checkbox"/> 在宅 (同居家族 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定すみ (介護度 支援 ・要介護) 担当ケアマネ ()
術前・病前のADL	<input type="checkbox"/> 一人で外出していた <input type="checkbox"/> 一人では外出しないが屋内は自立 <input type="checkbox"/> 屋内でも介助が必要
備考欄	