

診療情報提供書 (No.2)

記載日 年 月 日

医療や看護の様子、日常生活の状況についてお尋ねします。この情報は安全な医療を提供するためのものですので、恐れ入りますが該当する項目の□に「レ」、あるいは必要事項をご記入ください。なお記載につきましては医師以外の方(看護師、介護福祉士、PT、OT、ST、その他)でも結構です。

患者氏名 様 記載者の職種 医師 看護師 介護福祉士 その他()

日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明(意識障害などで判定できない)
意識障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 半昏睡 <input type="checkbox"/> 昏睡
呼吸状態	<input type="checkbox"/> 吸引(頻度 回/日) 酸素 L
	<input type="checkbox"/> 気管切開 カニューレ名()
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 機種名()
医療・看護必要度	創傷処置 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位
	褥瘡処置 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 大きさ
	呼吸ケア <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 処置内容
	点滴ライン3本以上 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	心電図モニター <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	シリンジポンプ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	輸血・血液製剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	専門的治療・処置 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容
日常生活機能評価表	0点 1点 2点
	床上安静の指示 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	どちらかの手を胸元まで持ち上げられる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	寝返り <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない
	起き上がり <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	座位保持 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない
	移乗 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助が必要 <input type="checkbox"/> できない
	移動方法 <input type="checkbox"/> 介助を要しない移動 <input type="checkbox"/> 介助を要する移動(搬送を含む)
	口腔清潔 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	食事摂取 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
意思の伝達 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できる時とできない時がある <input type="checkbox"/> できない	
診療・療法上の指示が通じる <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
危険行動 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
評価日 年 月 日 合計 0 点	
身長 cm 体重 kg 測定日 年 月 日	
特記事項 リハビリの状況や術後処置、その他必要事項について記載してください。	

運動麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹
	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
認知症	夜間せん妄 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 常時
	徘徊 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 頻繁 <input type="checkbox"/> 常時
	その他
高次脳機能障害	失語症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
	失行 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
	失認 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度
	その他
排泄	日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ
	夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ
	その他 <input type="checkbox"/> 膀胱カテ <input type="checkbox"/> 膀胱瘻 <input type="checkbox"/> 人工肛門
	尿・便意 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> 伝えられない
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
摂食	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経静脈 <input type="checkbox"/> その他()
	胃瘻の場合(チューブ名) サイズFr cm
	濃厚流動食種類: kcal 水分 ml
	<input type="checkbox"/> 要水分とろみ <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> その他()
食物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
ナースコール	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
転倒・転落	既往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> 危険性に対して理解できない
	<input type="checkbox"/> 移乗不安定 <input type="checkbox"/> 歩行不安定
	<input type="checkbox"/> 追突歩行 <input type="checkbox"/> つまづき <input type="checkbox"/> めまい
<input type="checkbox"/> その他()	
身体拘束	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> 四点柵 <input type="checkbox"/> 車椅子Y字ベルト <input type="checkbox"/> 四肢の拘束
	<input type="checkbox"/> ミトン型手袋 <input type="checkbox"/> つなぎ服
<input type="checkbox"/> その他()	