

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"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <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() |