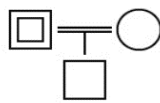


# 訪問看護師・ケアマネージャーの視点を踏まえた 看護情報提供書 書き方のポイント

<p>【用語の定義】 訪看: 訪問看護師 CM: ケアマネージャー</p>		事業所 ( ) ケアマネージャ名 ( ) 障害手帳 無・有 ( )
病名 主治医 HRV( +・-・+・未 ) HCV( +・-・+・未 )	最終日の測定値を記入してほしい(CM) 身長                    cm      体重                    kg	
記載漏れがないか確認してほしい(CM)		アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 薬剤(                    ) <input type="checkbox"/> 食物(                    ) <input type="checkbox"/> その他(                    )
家族構成(キーパソンに☆印・主な介護者に※印) 構成図で記載してほしい(訪看) 	入院中の経過及び退院指導内容 入院期間 H 年 月 日 ~ 年 月 日 ・退院後も必要な継続ケアの内容、指導状況、指導した対象者を記入してほしい(CM) ・次回の受診日も記載してほしい(訪看)	
緊急連絡先(氏名・続柄・TEL)	既往歴等 かかりつけ医の情報を記載してほしい(訪看) ・内服の管理方法と、その評価を記載してほしい。例えば、タペストリーを導入したら、自己管理できているかどうかなど。(CM) ・別紙参照でもよいので、他院からの継続薬剤情報を入れてほしい(訪看)	
内服薬 管理方法: 他院処方薬( 有・無 )	最終VS T    °C・P                    回/分・BP                    mmZhg・SPO2                    % 今後の課題 (今後の生活で注意が必要な点、医療・介護・社会的など) 具体的内容を記載する 例えば、「#血糖コントロール」ではなく、「自己注射指導するも、針の交換、インシュリンの単位あいまいなためサポートを要する状態」など	
病状説明内容 患者本人: 家族: 氏名(	患者・家族の病状の受け止め方	患者・家族の今後の希望・目標 ・自宅へ戻った時の不安や、今後本人や家族がどの様に生活をしていきたいか、などの希望を記載してほしい。(CM) ・患者や家族がどのように病名や治療方針を受け止めているか、患者や家族の言葉で書いて欲しい。「分かりました」ではなく、どの様に理解しているのかを記載する。(訪看) ・在宅困難、施設検討中、DNRなど、急変時や退院後の方向性を記載する。(訪看)
介護者の状況 対応 <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 独居・協力者がいない <input type="checkbox"/> 協力者(                    )	介護協力者 コメント:	
日常生活自立度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1	重要な情報なので、記載漏れがないようにしてほしい。(CM)	

日常生活動作(ADL)の状況	
食事	食事の種類: kcal 摂取量: 食事形態: 主食 副食 トロミ: <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要( ) 食事摂取: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助兼歩行器使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 嚥下状況: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助兼歩行器使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 重要な情報なので、記載漏れがないようにしてほしい。(CM)
睡眠	睡眠状況: <input type="checkbox"/> よく眠れる <input type="checkbox"/> あまり眠れない <input type="checkbox"/> 昼夜逆転傾向 特に、排便回数、最終排便、夜間排便、使用薬剤の情報を忘れず記載してほしい(CM、訪問看護)
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 尿器使用 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 尿意、便意分らず <input type="checkbox"/> バルンカテーテル留置(1日の尿量約 ml) Fr 最終交換日 / 排便回数:( )日に( )回 最終排便 月 日 夜間排泄回数( )回 排便に対する薬の使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬剤名( )
視力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:
聴力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: (補聴器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (備考:例)車椅子使用。移動時姿勢安定しないため、腰の支えが必要)
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (備考:
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特注) 精神状況の欄には、問題行動等の詳細を記載する
精神状況	<input type="checkbox"/> 安定 <input checked="" type="checkbox"/> 不安定 状況(例)大声、興奮、焦燥感の出現あり <input type="checkbox"/> 認知症の症状 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(例)大声での抵抗、介助者に対し爪立て抵抗、点滴ライン食いちぎり行動あり
安全対策	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:
医療処置	
<input type="checkbox"/> 経管栄養: <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PTEG <input type="checkbox"/> その他( ) チューブ名: Fr cm 最終交換日: 月 日 注入食:種類( )	
<input type="checkbox"/> 留置カテーテル: カテーテル種類: カテーテル留置部位: 留置年月日: 年 月 日 最終交換日: 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 透析: 週 回: 月 火 水 木 金 土 日 シヤント: <input type="checkbox"/> 有(部位 ) <input type="checkbox"/> 無	
<input type="checkbox"/> 酸素療法: 分/分 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 吸引: 回数 回/日	
<input type="checkbox"/> 気管切開: 気管内チューブ mm 最終交換日: 月 日	
<input type="checkbox"/> 創処置: <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 手術創 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> ストマの処置: 種類: 装具名: 備考:	
・人工呼吸器装着ありの場合、設定や換気モード等の情報を記載してほしい ・気管切開の場合、出血の有無も記載してほしい (訪看)	
<b>【医療材料を必要とする場合】</b> ・どんな医療材料を購入し、誰がどこまで準備しているのか？ ・医療材料は注文されているのか？また、いつ届く予定なのか？ ・退院までに医療材料の準備が間に合わなければ、届くまでの間の予備を渡しているのか？ など、詳細情報を記載してほしい(訪看)	
備考欄に、インスリン使用者は情報を記載してほしい * 薬剤名、血糖測定回数、単位、自己注射の可否、自己管理など(訪看)	