

在宅移行時に必要な情報 様式

平成 年 月 日  
記録者

氏名 様 キーパーソン 様 続柄( ) 連絡先

開催場所	病院 室					
開催日時	平成 年 月 日 ( ) ~					
資料で確認 カルテ等 保険情報	保険種別: <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 生保					
	介護保険: <input type="checkbox"/> 有 (要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)・ <input type="checkbox"/> 申請中 (月 日)・ <input type="checkbox"/> 無					
	障害者手帳: <input type="checkbox"/> ( 級 障害種類: )・ <input type="checkbox"/> 申請中・ <input type="checkbox"/> 無					
	難病: <input type="checkbox"/> 申請済 (病名: )・ <input type="checkbox"/> 申請中・ <input type="checkbox"/> 無					
病院主治医に確認	病名	主病名				
		既往歴				
	感染症	W氏(梅毒)	HBV(B型肝炎)	HCV(C型肝炎)	MRSA(耐性黄色ブドウ球菌)	TB(肺結核)
		<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未検査	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未検査	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未検査	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未検査	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未検査
	本人 家族の 要望等	【患者本人】		【家族】		
病状理解: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良		病状理解: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良				
告知: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 予後: 年 月 週間		告知: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 予後: 年 月 週間				
退院日	予後理解: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 無		予後理解: <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 無			
	看取り要望: <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 未定		看取り要望: <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 未定			
その他本人の要望について		その他本人の要望について				
退院日	平成 年 月 日 ( ) : 頃					
薬剤 材料等 *1週間分 処方 が 望ましい	退院時処方薬: 週間分 ( 月 日 分まで)・ 日分( 月 日 分まで)					
	麻薬処方: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 IVH: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	医療・衛生材料等:					
担当看護師に確認	<input type="checkbox"/> 酸素: L <input type="checkbox"/> 気切・サイズ Fr 最終交換日: 月 日 <input type="checkbox"/> 吸引: 回/日 サイズ Fr					
	<input type="checkbox"/> 胃薬: <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> パンパー サイズ Fr 造設日 年 月 日 最終交換日 年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 褥瘡: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ステージ <input type="checkbox"/> 疑 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> 判定不能					
	<input type="checkbox"/> 尿道カテーテル: サイズ Fr 最終交換日 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他					
看護 指導 状況	<input type="checkbox"/> 排便コントロール: <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 (内容: )					
	家族への手技等指導: <input type="checkbox"/> 有 (内容: ) <input type="checkbox"/> 無					
	習得状況: <input type="checkbox"/> できる )					
	<input type="checkbox"/> 不安がある )					
<input type="checkbox"/> できてない )						
<input type="checkbox"/> その他 )						
備考						

※ 看護サマリ等で提供する情報については省略します  
※ 「本人家族の要望等」欄は、がん患者については記載必須。