

在宅療養患者短期入院受け入れ情報用紙 ～訪問看護（記入用紙）～

患者名	様 歳	記入者名	様
入院希望期間	月 日( )～ 月 日( )	当院受診歴	有 ID番号 - - ・ 無
当院受診歴無	既往歴	骨折の既往 あり・なし	
	麻痺	無・有 具体的	
	アレルギー	無・有 具体的	感染症 無・有
キーパーソン名		連絡先	
訪問看護ST名 担当者名		連絡先・住所 電話	
在宅医		連絡先・住所 電話	
入院の理解度	有 ・ 無（本人への影響有 ・ 無）	面会の頻度	
入院中予測 される問題点	徘徊 ・ 不穏 ・ 転倒 ・ 夜間不眠 ・ 大声 ・ 独語 ・ 暴力 具体的:		
ケアの留意点	特記すべき介護者の状況		
意思伝達	会話可 ・ 不可（具体的:		
運動能力	体動不能 ・ 自力体交可 ・ 自力座位保持可 ・ 補助座位保持可 ・ 介助歩行可 移乗自立 ・ 全介助 ・ 部分介助(具体的		
移動	歩行補助具 ・ 車椅子 ・ リクライニング車椅子 ・ ストレッチャー		
栄養	経口摂取時の介助法	無 ・ 有（具体的:	
	むせの有無	無 ・ 有	
	経管栄養注入方法		
	経腸ポンプ利用	中心静脈栄養利用	
排泄	トイレ利用	ポータブルトイレ利用	便、尿器使用 オムツ利用
	バルンカテーテル留置（最終交換日 ）使用物品名		
	ストマ等（最終交換日 ）使用物品名		
	1日排尿回数（夜間回数 ） 排尿量		
	1日排便回数 排便習慣 便秘時の処置法		
清潔	清拭 ・ シャワー ・ 入浴（最終日 月 日）	介助方法	
褥瘡	無 ・ 有（部位・ケア方法	エアマット 要 ・ 不要	
吸引	無 ・ 有（頻度	気管切開 無 ・ 有	
その他	機能訓練・入浴介助などの提供は 出来ませんのでご了承ください（清拭で身体清潔保持をいたします） 入院期間を延長することはできません 使用中の 処方薬・栄養剤は、入院時ご持参ください 入院期間中は医療機器（吸引器やポンプ類）は病院のものを使用します ※在宅医療機器を使用している場合は業者名をお知らせください。 (業者名: 連絡先 ご担当 様)		

※ 入院予定日までに 病状に変化ある場合は、その時点でご連絡ください  
 ※ ご家族と十分にご相談のうえ 情報収集をお願いします。

お問い合わせ先

大久保病院 看護相談係 電話:03-5273-7711 FAX:03-5273-7749