

患者情報カード(緩和ケア病棟用)

年 月 日 記載
 記載: 病院
 (氏名:)

No1

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| ふりがな 患者氏名 | 様 (男・女) | 生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日生(歳) |
| 自宅住所 | 県 市 区 郡 町 | TEL() - |
| 診断名 1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 | (特記等) | |
| 患者の状態・処置・看護 | | |
| 1 医療処置 | <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 抹消持続 <input type="checkbox"/> 適時 <input type="checkbox"/> 内容() <input type="checkbox"/> 透析 (<input type="checkbox"/> HD <input type="checkbox"/> CAPD) <input type="checkbox"/> ストマー処置(<input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 尿) 交換頻度() 種類() <input type="checkbox"/> 酸素療法(L) <input type="checkbox"/> レスピレーター管理 <input type="checkbox"/> 気管切開 カニューレ種類() 処置() <input type="checkbox"/> 喀痰吸引(<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 気道) 1日回数() <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 部位と処置() <input type="checkbox"/> 経管栄養法(<input type="checkbox"/> 胃婁 <input type="checkbox"/> 鼻腔チューブ カテーテル種類() 最終交換日() <input type="checkbox"/> 尿失禁・尿閉の処置(<input type="checkbox"/> 事故導尿 <input type="checkbox"/> 尿道留置) カテーテル種類() 最終交換日() <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 DESIGN-R() (<input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重) 部位と大きさ() 処置() <input type="checkbox"/> 皮膚疾患部位() <input type="checkbox"/> インスリン注射 自己注射(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) 方法(<input type="checkbox"/> 一定量投与 <input type="checkbox"/> スケール投与) 時間と単位() <input type="checkbox"/> 睡眠(<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) 眠剤使用(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 頻度() <input type="checkbox"/> リハビリ(<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST) | |
| 2 感染症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> MRSA(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検) 検出部() 最終確認日() <input type="checkbox"/> HB(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検) <input type="checkbox"/> HCV(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検) <input type="checkbox"/> HIV(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検) <input type="checkbox"/> ワ氏(<input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 未検) <input type="checkbox"/> その他() | |
| 3 身体の状態 | <input type="checkbox"/> 寝たきり(期間 年 月 日頃より) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 部位と処置() <input type="checkbox"/> 麻痺(<input type="checkbox"/> 完全麻痺 <input type="checkbox"/> 不全麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 関節拘縮 肩(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 手関節(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 肘(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 股(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 膝(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 足関節(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 失調・不随意運動 上肢(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 下肢(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) 体幹(<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左) | |
| 4 寝返り | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> 全介助 体位交換(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) 頻度(時間ごと) | |
| 5 起き上がり | <input type="checkbox"/> できる 見守り(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> つかまればできる 介助(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> できない | |
| 6 座位保持 | <input type="checkbox"/> できる 見守り(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> 支えればできる 介助(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> できない | |
| 7 立ち上がり | <input type="checkbox"/> できる 見守り(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> つかまればできる 介助(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> できない | |
| 8 歩行 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り(<input type="checkbox"/> 一部介助) <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> リハビリ予定 歩行補助具 <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 杖種類() <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行車 | |

患者情報カード(緩和ケア病棟用)

No.2

| | |
|----------------|---|
| 9 車いす移乗 | <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 移乗(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> できない) 車いす自走(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない) |
| 10 視力 | <input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 多少見える <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明 眼鏡(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 装着(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) |
| 11 聴力 | <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 多少聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 不明 補聴器(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 装着(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) |
| 12 口腔の状態 | <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 治療(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) 咀嚼(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない) 嚥下(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できる <input type="checkbox"/> できない) 歯磨き(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 喀痰(<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない) 発語(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 構音障害(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 失語(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) |
| 13 食事 | <input type="checkbox"/> 自分で食べられる 見守り(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助(介助内容:) <input type="checkbox"/> 栄養状態(<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良) |
| 14 食事内容 | <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全粥食 <input type="checkbox"/> () 分粥 <input type="checkbox"/> 治療食() <input type="checkbox"/> 糖尿食単位() <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養食 内容() 1日回数() cal() 栄養・食生活上留意点() |
| 15 薬の内服 | <input type="checkbox"/> 自分でできる 見守り(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 介助内容() |
| 16 排尿状態 | <input type="checkbox"/> 尿意あり <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 尿閉 <input type="checkbox"/> カテーテル(<input type="checkbox"/> コンドームカテーテル <input type="checkbox"/> 留置カテーテル) <input type="checkbox"/> 自己導尿 介助(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> トイレ(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) |
| 17 排便状況 | <input type="checkbox"/> 便意あり(<input type="checkbox"/> 自然 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 摘便) <input type="checkbox"/> 失便 <input type="checkbox"/> 便器 介助(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) <input type="checkbox"/> トイレ(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) |
| 18 保清 | 浴槽出入り(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 身体を洗う(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 清拭(<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 脱衣(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 見守り(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) (補足) |
| 19 更衣 | 装着(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 脱衣(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助) 見守り(<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否) |
| 20 癌告知 | 本人(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 家族(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) |
| 21 短期記憶 | 問題(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 行動心理症状(BPSD)(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 精神・神経症状(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (症状名) |
| 22 認知能力 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない |
| 23 伝達能力 | <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限ら得る <input type="checkbox"/> 伝えられない ナースコール(<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) |
| 24 認知症 周辺症状 | (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 |
| 25 家族 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 同居人 <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 子供() <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他() 【家族図】 キーパソン <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (氏名: 関係:) (連絡先:) 緊急連絡先 <input type="checkbox"/> 連絡先と同じ <input type="checkbox"/> その他 (氏名: 関係:) (連絡先:) |
| 26 特記事項 | |