

患者情報提供書												
【別紙様式 1 訪問看護の情報提供書】												
(記入日) 年 月 日												
氏 名	ふりがな 愛称				生年月日	S・H・R	年 月 日生	年齢	歳	性別	男 女	
住所						連絡先						
身体	身長	cm	体重	kg		家族構成						
主治医 (病院)	医療機関名					本人含め_____人家族						
	主治医名					☐ 父 ☐ 母 ☐ 兄弟 ☐ 弟妹 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ その他 ()						
主治医 (在宅医)	医療機関名					既往歴 (入院・手術・骨折等主なもの)						
	主治医名											
診 断 名	主診断名											
	合併症											
経 過												
処方内容	※別紙 (処方箋写し) 添付可											
発作	発作の状況 発作時の対処											
アレルギー (薬・食事)	薬	☐ なし ☐ あり	食事	☐ なし ☐ あり	内容 ※薬・食事以外のアレルギーがある場合もこちらに御記入ください							
気 管 切 開	☐ なし ☐ あり	カニューレタイプ・サイズ： カフ： ☐ なし ☐ あり (カフ圧 _____ m l)					気切部の状態やカニューレ抜去時の対応等					
経鼻エアウェイ・下咽頭チューブ				機種		サイズ		挿入		c m		
☐ なし ☐ 24時間 ☐ その他 ()												
人 工 呼 吸 器	☐ なし	機種名						メーカー				
	☐ あり	設定条件										
	使用状況		☐ 24時間 ☐ 6時間以上 ☐ その他 ()									
酸素	☐ なし ☐ あり (☐ 24時間 ☐ その他 ())											
吸引	☐ 口腔 ☐ 鼻腔 ☐ 咽頭		☐ 気管 ☐ なし		回数・頻度、吸引挿入の長さ							
吸入	☐ なし ☐ あり											
経 管 栄 養	☐ 経鼻	チューブ タイプ					栄養 剤	組成、時間、回数等				
	☐ 胃瘻	サイズ										
	☐ 腸瘻	固定位置	c m	交換時期	毎							
	☐ なし											
持続ポンプ		☐ なし ☐ あり										
胃瘻・腸瘻事故抜去時の対応												
そ の 他	※上記以外の医療的ケア (導尿・中心静脈栄養・インスリン等) がある場合や、補足がありましたらこちらに御記入ください。											

手帳等の有無	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 小児慢性特定疾患受給者証 ☐ 特定医療費（指定難病）医療受給者証 ☐ その他（ ） ☐ 介護保険要介護度（ ） ☐ なし ☐ 把握せず		
食事	☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 自立		
排泄	☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 自立		
姿勢移動	☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 自立		
更衣整容	☐ 全介助 ☐ 一部介助 ☐ 自立		
趣味嗜好			
生活リズム			
コミュニケーション			
その他生活上の配慮事項			
関係機関			
利用している福祉サービス ☐ あり ☐ なし			
☐ ホームヘルプサービス ☐ 通所サービス（デイサービス等） ☐ ショートステイ ☐ その他（ ）			
日中の活動場所 ☐ あり ☐ なし			
☐ 保育所 ☐ 幼稚園 ☐ 学校（普通級） ☐ 学校（特別支援学級） ☐ 学校（特別支援学校・訪問） ☐ 学校（特別支援学校・通学） ☐ 福祉施設等 ☐ 就労 ☐ その他（ ）			

☐ 訪問看護ステーション

所在	
名称	
電話番号	
管理者氏名	

☐ 医療的ケア児・者等支援拠点

☐ 川崎市総合リハビリテーション推進センター 企画・連携推進課 TEL：044-223-6973

☐ 社会福祉法人三篠会 地域相談支援センターそれいゆ TEL：044-281-0037