

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 主治医名		本人含め _____ 人家族 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄姉 <input type="checkbox"/> 弟妹 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
主治医 (在宅医)	医療機関名 主治医名		既往歴 (入院・手術・骨折等主なもの)					
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)								
気管切開	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	カニューレタイプ・サイズ： カフ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (カフ圧 _____ ml)			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	cm			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> その他 (_____)								
人工呼吸器	<input type="checkbox"/> なし	機種名	メーカー					
	<input type="checkbox"/> あり	設定条件						
使用状況		<input type="checkbox"/> 24時間	<input type="checkbox"/> 夜間のみ	<input type="checkbox"/> その他 (_____)				
酸素	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 24時間 <input type="checkbox"/> その他 (_____))						
吸引	<input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 気管 <input type="checkbox"/> なし						
吸入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻	チューブタイプ サイズ						栄養剤 組成、時間、回数等
	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> なし	固定位置	cm	交換時期	毎			
	持続ポンプ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
胃瘻・腸瘻事故抜去時の対応								
その他								

