

基礎情報(共通①)

入院日： 月 日 () 自宅 ・ 施設 ・ 病院 より		
連絡先：(1)氏名： (続柄) 電話番号：① 来院手段と所要時間 電話番号：② (分)		
連絡先：(2)氏名： (続柄) 電話番号：① 来院手段と所要時間 電話番号：② (分)		
病名：	既往歴	家族構成
入院までの経過：		キーパーソン ()
社会資源情報 介護保険の認定 (有・無・申請中) 介護度 (要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5) 身体障害者手帳 (有 級・無) 特定疾患 (有・無・申請中) 重度心身障害・その他の受給証	入院時バイタルサイン BT : ℃ P : 回／分 R : 回／分 BP : / mmHg SpO ₂ % 意識レベル： 認知症日常生活自立度判定 ()	
患者様・ご家族様記入欄	看護師記入欄	看護診断
1. 病気や治療についてのどのような説明をされましたか。 ()	1. 病気の捉え方 ()	1. 健康知覚—健康管理 <input type="checkbox"/> 非効果的健康維持 <input type="checkbox"/> 非効果的治療計画管理 <input type="checkbox"/> 身体損傷リスク状態 <input type="checkbox"/> 非効果的家族治療計画管理 <input type="checkbox"/> 転倒リスク状態 <input type="checkbox"/> 感染リスク状態
2. 治療や服薬を守れなかった事はありますか。 (はい・いいえ)	2. 2の理由 ()	
3. 喫煙しますか。 (はい・いいえ) (1日 本 年間吸っていた 才から吸っていない。)	3. 告知の有無 (有・無)	
4. 飲酒しますか。 (はい・いいえ) (種類： 量： ml/日)	4. アレルギーの詳細 ()	
5. アレルギーはありますか。 (はい・いいえ)	5. 輸血歴 ()	
6. 輸血したことはありますか。 (はい・いいえ)	6. 転倒歴 ()	
7. 転んだ事はありますか。 (はい・いいえ)		
1. 体重変化はありますか。 (増加・減少)	1. 身長 cm 体重 kg	2. 栄養—代謝 <input type="checkbox"/> 誤嚥リスク状態 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 嘔下障害 <input type="checkbox"/> 体温平衡異常リスク状態 <input type="checkbox"/> 皮膚統合性障害 <input type="checkbox"/> 皮膚統合性障害リスク状態 <input type="checkbox"/> 栄養摂取消費バランス異常 必要量以上 <input type="checkbox"/> 栄養摂取消費バランス異常 必要量以下 <input type="checkbox"/> 体液量不足 <input type="checkbox"/> 体液量不足リスク状態 <input type="checkbox"/> 体液量過剰
2. 食事について 食欲 (ある・なし) 好きな物 () 嫌いな物 () 喉の渇き (ある・なし) 吐き気 (ある・なし)	2. 食事摂取(○をつける) (経口・経管・PEG・NG/T) 食事の種類・摂取量 ()	
3. 義歯を使用していますか。 (はい・いいえ)	3. 義歯の問題 総入れ歯・上()・下() 口腔内の異常	
4. 飲み込みにくいですか。 (はい・いいえ)	4. 嘔下困難の徴候 (有・無) 食物貯留・嘔吐反射・味覚変化 咀嚼低下・むせ・歯牙欠損・その他 ()	
5. 皮膚の状態に問題はありますか。 (はい・いいえ)	5. 皮膚問題 ()	
	6. 褥瘡の有無 (有・無) 部位や処置 ()	
1. 眠れないことがありますか。 (はい・いいえ)	1. 不眠の内容 (○をつける) 入眠困難・早朝覚醒 熟眠がない・昼夜逆転傾向	3. 睡眠—休息 <input type="checkbox"/> 睡眠パターン混乱
2. 寝る時間 () 時 起きる時間 () 時 睡眠時間 () 時間	眠剤の種類と量 ()	
3. 眼剤を使用していますか。 (はい・いいえ)		

基礎情報(共通②)

患者様・ご家族様記入欄	看護師記入欄	看護診断
<p>1. 排便回数 (回／日) 最終排便 (月 日) 便の性状 () 排便時に問題はありますか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>2. 排尿回数 (回／日) 排尿時に問題はありますか。 夜間、トイレに行きますか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>1. 呼吸はしにくいですか。 たんが多いですか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>2. 疲労感はありますか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>3. 関節は動きにくいですか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>4. 麻痺はありますか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>5. 補助具を使っていますか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>1. 視力に問題はありますか。 眼鏡やコンタクトレンズの使用 (有 ・ 無)</p> <p>2. 聴覚に問題はありますか。 補聴器の使用 (有 ・ 無)</p> <p>3. しびれはありますか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>4. 痛いところはありますか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>5. 記憶に問題を感じますか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>1. 病気になって変わったことやできなくなったことはありますか。 それはどんな事ですか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>2. どのような性格ですか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>1. 最近、喪失感がありますか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>2. 支えてくれる人はいますか。 それはどなたですか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>3. 孤独を感じますか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>4. 経済的に不安はありますか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>5. 会話に障害を感じますか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>6. 仕事や地域・社会での役割があつたら教えてください。 (はい ・ いいえ)</p> <p>7. 以前の職歴 ()</p> <p>1. 月経に問題はありますか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>1. ストレスの対処方法はありますか。 それはどんな方法ですか。 (はい ・ いいえ)</p> <p>1. 信仰や固く信じている事(信念)はありますか。 (はい ・ いいえ)</p>	<p>1. 排便時の問題(○をつける) 便の硬さ・腹圧がかけられない 痔がある・その他()</p> <p>2. 排尿時の問題(○をつける) 残尿感・頻尿・その他()</p> <p>3. ストーマの種類など()</p> <p>1. 痰の性状・量 ()</p> <p>2. 麻痺の部位 ()</p> <p>3. 補助具の種類 ()</p> <p>1. 1~4について問題点の詳細 ()</p> <p>2. 痛みについての内容(簡潔に) () *詳しくはペインアセスメントシート活用</p> <p>3. NRS ()</p> <p>4. 混乱の有無 (有 ・ 無)</p> <p>5. 見当識障害の有無 (有 ・ 無)</p> <p>1. 患者の様子で感じること ()</p> <p>1. 介護者の問題</p> <p>2. 喪失感や孤独の内容について</p>	<p>4. 排泄</p> <p><input type="checkbox"/> 下痢</p> <p><input type="checkbox"/> 便秘リスク状態</p> <p><input type="checkbox"/> 便秘</p> <p><input type="checkbox"/> 便失禁</p> <p><input type="checkbox"/> 尿失禁</p> <p><input type="checkbox"/> 排尿障害</p> <p>5. 活動一運動</p> <p><input type="checkbox"/> 非効果的気道浄化</p> <p><input type="checkbox"/> ガス交換障害</p> <p><input type="checkbox"/> 消耗性疲労</p> <p><input type="checkbox"/> 活動耐性低下</p> <p><input type="checkbox"/> 気分転換活動不足</p> <p><input type="checkbox"/> 身体可動性障害</p> <p><input type="checkbox"/> 徘徊</p> <p><input type="checkbox"/> セルフケア不足</p> <p><input type="checkbox"/> 歩行障害</p> <p>6. 認知一知覚</p> <p><input type="checkbox"/> 急性疼痛</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性疼痛</p> <p><input type="checkbox"/> 片側無視</p> <p><input type="checkbox"/> 急性混乱</p> <p><input type="checkbox"/> 慢性混乱</p> <p><input type="checkbox"/> 記憶障害</p> <p><input type="checkbox"/> 知識障害</p> <p><input type="checkbox"/> 意思決定葛藤</p> <p>7. 自己知覚一自己概念</p> <p><input type="checkbox"/> ボディイメージ混乱</p> <p><input type="checkbox"/> 不安</p> <p><input type="checkbox"/> 絶望</p> <p>8. 役割一関係</p> <p><input type="checkbox"/> 社会的孤立</p> <p><input type="checkbox"/> 家族介護者役割緊張</p> <p><input type="checkbox"/> 家族介護者役割緊張リスク状態</p> <p><input type="checkbox"/> 家族機能破綻</p> <p><input type="checkbox"/> 言語的コミュニケーション障害</p> <p>9. 性一生殖</p> <p><input type="checkbox"/> 性的機能障害</p> <p>10. コーピング一ストレス耐性</p> <p><input type="checkbox"/> 防衛的コーピング</p> <p>11. 価値一信念</p> <p><input type="checkbox"/> 靈的苦悩</p>
記入者氏名：	記入看護師：	