

基礎情報(共通①)

<div>入院日：月日（）自宅・施設・病院より</div> <div>連絡先：(1)氏名：(続柄)</div> <div>電話番号：①来院手段と所要時間</div> <div>電話番号：②(分)</div> <div>連絡先：(2)氏名：(続柄)</div> <div>電話番号：①来院手段と所要時間</div> <div>電話番号：②(分)</div>		
病名：	既往歴	家族構成
入院までの経過：		キーパーソン（）
<div>社会資源情報</div> <div>介護保険の認定（有・無・申請中）</div> <div>介護度（要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5）</div> <div>身体障害者手帳（有級・無）</div> <div>特定疾患（有・無・申請中）</div> <div>重度心身障害・その他の受給証</div>		<div>入院時バイタルサイン</div> <div>BT：℃P：回／分</div> <div>R：回／分BP：／mmHg</div> <div>SpO2%</div> <div>意識レベル：</div> <div>認知症日常生活自立度判定（）</div>
患者様・ご家族様記入欄	看護師記入欄	看護診断
<div>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。（）</div> <div>2. 治療や服薬を守れなかった事がありますか。（はい・いいえ）</div> <div>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。）</div> <div>4. 飲酒しますか。（はい・いいえ） （種類：量：ml／日）</div> <div>5. アレルギーはありますか。（はい・いいえ）</div> <div>6. 輸血したことはありますか。（はい・いいえ）</div> <div>7. 転んだ事がありますか。（はい・いいえ）</div>	<div>1. 病気の捉え方（）</div> <div>2. 2の理由（）</div> <div>3. 告知の有無（有・無）</div> <div>4. アレルギーの詳細（）</div> <div>5. 輸血歴（）</div> <div>6. 転倒歴（）</div>	<div>1. 健康知覚—健康管理</div> <div><input type="checkbox"/> 非効果的健康維持</div> <div><input type="checkbox"/> 非効果的治療計画管理</div> <div><input type="checkbox"/> 身体損傷リスク状態</div> <div><input type="checkbox"/> 非効果的家族治療計画管理</div> <div><input type="checkbox"/> 転倒リスク状態</div> <div><input type="checkbox"/> 感染リスク状態</div>
<div>1. 体重変化はありますか。（増加・減少）</div> <div>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）</div> <div>3. 義歯を使用していますか。（はい・いいえ）</div> <div>4. 飲み込みにくいですか。（はい・いいえ）</div> <div>5. 皮膚の状態に問題がありますか。（はい・いいえ）</div>	<div>1. 身長cm体重kg</div> <div>2. 食事摂取(○をつける) （経口・経管・PEG・NG/T） 食事の種類・摂取量（）</div> <div>3. 義歯の問題 総入れ歯・上（）・下（） 口腔内の異常</div> <div>4. 嚥下困難の徴候（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（）</div> <div>5. 皮膚問題（）</div> <div>6. 褥瘡の有無（有・無） 部位や処置（）</div>	<div>2. 栄養—代謝</div> <div><input type="checkbox"/> 誤嚥リスク状態</div> <div><input type="checkbox"/> 悪心</div> <div><input type="checkbox"/> 嚥下障害</div> <div><input type="checkbox"/> 体温平衡異常リスク状態</div> <div><input type="checkbox"/> 皮膚統合性障害</div> <div><input type="checkbox"/> 皮膚統合性障害リスク状態</div> <div><input type="checkbox"/> 栄養摂取消費バランス異常 必要量以上</div> <div><input type="checkbox"/> 栄養摂取消費バランス異常 必要量以下</div> <div><input type="checkbox"/> 体液量不足</div> <div><input type="checkbox"/> 体液量不足リスク状態</div> <div><input type="checkbox"/> 体液量過剰</div>
<div>1. 眠れないことがありますか。（はい・いいえ）</div> <div>2. 寝る時間（）時起きる時間（）時 睡眠時間（）時間</div> <div>3. 眠剤を使用していますか。（はい・いいえ）</div>	<div>1. 不眠の内容(○をつける) 入眠困難・早朝覚醒 熟眠感がない・昼夜逆転傾向</div> <div>眠剤の種類と量（）</div>	<div>3. 睡眠—休息</div> <div><input type="checkbox"/> 睡眠パターン混乱</div>

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	
<div>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）</div>		<div>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（ ）</div> <div>2．排尿時の問題(○をつける) 残尿感・頻尿・その他（ ）</div> <div>3．ストーマの種類など（ ）</div>		<div>4．排泄 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘リスク状態 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 便失禁 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 排尿障害</div>	
<div>2．排尿回数（回／日） 排尿時に問題はありますか。（はい ・ いいえ） 夜間、トイレに行きますか。（はい ・ いいえ）</div>					
<div>1．呼吸はしにくいですか。（はい ・ いいえ） たんが多いですか。（はい ・ いいえ）</div> <div>2．疲労感がありますか。（はい ・ いいえ）</div> <div>3．関節は動きにくいですか。（はい ・ いいえ）</div> <div>4．麻痺がありますか。（はい ・ いいえ）</div> <div>5．補助具を使っていますか。（はい ・ いいえ）</div>		<div>1．痰の性状・量 （ ）</div> <div>2．麻痺の部位 （ ）</div> <div>3．補助具の種類 （ ）</div>		<div>5．活動—運動 <input type="checkbox"/> 非効果的気道浄化 <input type="checkbox"/> ガス交換障害 <input type="checkbox"/> 消耗性疲労 <input type="checkbox"/> 活動耐性低下 <input type="checkbox"/> 気分転換活動不足 <input type="checkbox"/> 身体可動性障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> セルフケア不足 <input type="checkbox"/> 歩行障害</div>	
<div>1．視力に問題はありますか。（はい ・ いいえ） 眼鏡やコンタクトレンズの使用（有 ・ 無）</div> <div>2．聴覚に問題はありますか。（はい ・ いいえ） 補聴器の使用（有 ・ 無）</div> <div>3．しびれはありますか。（はい ・ いいえ）</div> <div>4．痛いところはありませんか。（はい ・ いいえ）</div> <div>5．記憶に問題を感じますか。（はい ・ いいえ）</div>		<div>1．1～4について問題点の詳細（ ）</div> <div>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</div> <div>3．NRS （ ）</div> <div>4．混乱の有無（有 ・ 無）</div> <div>5．見当識障害の有無（有 ・ 無）</div>		<div>6．認知—知覚 <input type="checkbox"/> 急性疼痛 <input type="checkbox"/> 慢性疼痛 <input type="checkbox"/> 片側無視 <input type="checkbox"/> 急性混乱 <input type="checkbox"/> 慢性混乱 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 知識障害 <input type="checkbox"/> 意思決定葛藤</div>	
<div>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。（はい ・ いいえ） それはどんな事ですか。（ ）</div> <div>2．どのような性格ですか。（ ）</div>		<div>1．患者の様子で感じること（ ）</div>		<div>7．自己知覚—自己概念 <input type="checkbox"/> ボディイメージ混乱 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 絶望</div>	
<div>1．最近、喪失感がありますか。（はい ・ いいえ）</div> <div>2．支えてくれる人はいますか。（はい ・ いいえ） それはどなたですか。（ ）</div> <div>3．孤独を感じますか。（はい ・ いいえ）</div> <div>4．経済的に不安はありますか。（はい ・ いいえ）</div> <div>5．会話に障害を感じますか。（はい ・ いいえ）</div> <div>6．仕事や地域・社会での役割があったら教えてください。（ ）</div> <div>7．以前の職歴（ ）</div>		<div>1．介護者の問題</div> <div>2．喪失感や孤独の内容について</div>		<div>8．役割—関係 <input type="checkbox"/> 社会的孤立 <input type="checkbox"/> 家族介護者役割緊張 <input type="checkbox"/> 家族介護者役割緊張リスク状態 <input type="checkbox"/> 家族機能破綻 <input type="checkbox"/> 言語的コミュニケーション障害</div>	
<div>1．月経に問題はありますか。（はい ・ いいえ）</div>				<div>9．性—生殖 <input type="checkbox"/> 性的機能障害</div>	
<div>1．ストレスの対処方法はありませんか。（はい ・ いいえ） それはどんな方法ですか。（ ）</div>		<div>1．ストレスの内容（ ）</div> <div>2．ストレス発散の方法（ ）</div> <div>3．趣味（ ）</div>		<div>10．コーピング—ストレス耐性 <input type="checkbox"/> 防衛的コーピング</div>	
<div>1．信仰や固く信じている事(信念)はありませんか。（はい ・ いいえ）</div>		<div>1．1の内容について（ ）</div>		<div>11．価値—信念 <input type="checkbox"/> 霊的苦悩</div>	
記入者氏名：		記入看護師：			