様式１－１（令和２年３月版）　延岡市

提出日：　　　　　　年　　　月　　　日

**入院時の情報提供に係る事前連絡票**

　（情報提供先の医療機関名）　　御中

【　情報提供者　】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | | |
| 担当者 |  | | |
| TEL |  | FAX |  |

以下のとおり入院時の情報提供を行いますので、よろしくお願いします。

**※　この連絡票を確認した際は、電話にて確認した旨をご連絡いただけると助かります。**

○ イニシャル　： 　　　　　・　　　　　様　（　T ・ S 　　 年 　　月 　　日生）　について

○ 入院時の情報提供（在宅時の情報）について

□　入院時情報提供シートで提供します。

□　電話で提供します。　※ 上記担当者まで連絡してください。

○ 情報提供シート以外の添付書類について

□　以下の書類を提出します。

|  |
| --- |
| □　添付書類〈　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〉 |
| □　その他　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |

○ 情報提供の時期について

□　すぐに提供できますので、提出先を教えてください。

□　準備が整い次第連絡します。

○ カンファレンスについて

□　ぜひ参加します。　□　都合が合えば参加します。　□　参加できません。

※　日程が決まったら、上記担当までお知らせください。

○ その他特記事項

□　金銭的な支援が必要だと判断される。

|  |
| --- |
| （特記事項） |

□　本人又は家族の判断能力に不安がある。

様式１－２　令和２年３月版）　延岡市

提出日：　　　　　　年　　月　　日

**退院時の情報提供に係る事前連絡票**

　（情報提供先の事業所名）　　御中

【　情報提供医療機関　】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | | | | |
| 担当者 | 職種 |  | | 氏名 | |
| TEL |  | | FAX | |  |

以下のとおり退院時の情報提供を行いますので、よろしくお願いします。

**※　この連絡票を確認した際は、電話にて確認した旨をご連絡いただけると助かります。**

○ イニシャル ： 　　　　　・　　　　　様　（　T ・ S 　　 年 　　月 　　日生）　について

○ カンファレンスについて

□　開催します。　　　　　※カンファレンス予定日　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

□　開催しません。

○ 退院予定日について

□　決まっています。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

□　まだ決まっていません。　※ 退院日が決まる予定時期　　　　　　　　　　　　　頃

○ 退院時の情報提供について

□　退院時情報提供シートで提供します。

□　電話で提供します。　　　　　※ 上記担当者まで連絡してください。

○ 情報提供シート以外の添付書類について

□　以下の書類を提出します。

|  |
| --- |
| □　添付書類〈　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〉 |
| □　その他　〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |

○ 情報提供の時期について

□　すぐに提供できますので、日程調整の連絡を下さい。

□　準備が整い次第連絡します。

□ （カンファレンスがある場合）カンファレンスの際に提供します。

|  |
| --- |
| （特記事項） |

様式２-１（令和２年３月版）　延岡市

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **入院時情報提供シート**  **サービス基本台帳** | | | | | | | | | | | | 【記入日】令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | |  | | | | | | | | | 電話番号 | | | |  | |
| 記 入 者 | | | | | |  | | | | | | | | | FAX番号 | | | |  | |
| 被保険者番号 | | | | | 2600 | | | | | | | | | | | | 入院日した日 | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | |
| フリガナ  本人氏名 | | | |  | | | | | | | | | | 男  女 | | | 生年月日 | | | | | | | | 年　　月　　日（　　歳） | | | | | | | |
| 住　　所 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話  番号 | | | 自　宅 | | | | |  | | | |
| 携帯等 | | | | |  | | | |
| 家族構成・状況 | 12-13 | | | | | | | | | | 家族氏名 | | | | | | | | | | | 続柄 | | 年齢 | | | | 備考（同居・別居、主介護者等） | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | |
| 日中独居 親族なし 家族が無関心 家族が要介護状態 家族が認知症 その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | ① | | 氏名 | | |  | | | | | | | 続柄 | | |  | | | | | | | 繋がり易い  電話番号 | | | | | |  | | | |
| 住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | | 氏名 | | |  | | | | | | | 続柄 | | |  | | | | | | | 繋がり易い  電話番号 | | | | | |  | | | |
| 住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ｷｰﾊﾟｰｿﾝ | | | 氏名 | | |  | | | | | | | 続柄 | | |  | | | | | | | 電話番号 | | | | | |  | | | |
| 介護保険 | | | 未申請 自立 申請中 要支援（　　）要介護（　　）事業対象者（認定日：　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | | | | | | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | 自己負担割合 | | | | | （　　　）割負担 | |
| 日常生活  自 立 度 | | | 障害高齢者 | | | | | | 自立 （　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | 判定日 | | | | 年　　月　　日 | | |
| 認知症高齢者 | | | | | | 自立 （　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | 判定日 | | | | 年　　月　　日 | | |
| 障害認定 | | | なし あり【身障 療育 精神 等級（　　　　　　　　）】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住居環境 | | | 所有 賃貸【 戸建 集合住宅（　　　階）】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 住宅改修 | | | | あり  なし | |
| 経済状況 | | | 年金【国民 厚生 障害関係 その他の年金（　　　　）】特障手当 生活保護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険 | | | 後期高齢者医療 国民健康保険 その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現 病 名  現 病 歴 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 既 往 歴 | | |  | | | | | | | | | |
| 感 染 症 | | | なし あり【詳細（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）】 不明 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| かかりつけ医  又は主治医 | | 病 院 名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | |  |
| 診 療 科 | | | | |  | | | | | | | 医師名 | | | | |  | | | | | | | | | | 受診頻度 | | | 回／　　月 |
| 病 院 名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | |  |
| 診 療 科 | | | | |  | | | | | | | 医師名 | | | | |  | | | | | | | | | | 受診頻度 | | | 回／　　月 |
| 服薬状況 | 内　服　薬 | | | | | | | あり なし | | 服薬管理者 | | | | | 本人 その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理上の問題 | | | | | | | あり なし | | 〔処方内容〕 例）別紙にて、お薬手帳コピーを添付。など | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 飲み忘れ | | | | | | | あり なし | |
| 眠剤の処方 | | | | | | | あり なし | |
| ※ 分かる範囲で記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式２-１　（令和２年3月版）　延岡市

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特別な  医療処置 | | なし 点滴 酸素療養 喀痰吸引 気管切開 尿道カテーテル 尿路ストーマ  消化管ストーマ 排便コントロール 痛みコントロール その他（　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身体状況 | 体　　格 | 身長(　　　)㎝／体重(　　　)㎏／BMI(　　　) | | | | | | | | | | | 入院中に２～３㎏以上の体重減があった。 | | | | | | | |
| 麻　　痺 | なし あり 軽度 中度 重度（特記：　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚疾患 | なし あり（特記：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| コミュニケーション | 視　　力 | 問題なし やや難あり 困難 眼鏡（特記：　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聴　　力 | 問題なし やや難あり 困難 補聴器（特記：　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 言　　語 | 問題なし やや難あり 困難 | | | | | | 特記： | | | | | | | | | | | | |
| 意思疎通 | 問題なし やや難あり 困難 | | | | | |
| ＡＤＬ | 移動状態 | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | | | | | 移動手段 | | | |  | | | | | | |
| 更　　衣 | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | | | | | 整　　容 | | | | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | | | |
| 入　　浴 | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | | | | | 入 浴 法 | | | | (　　　　　　　　)浴 清拭あり | | | | | | |
| 排泄 | 排　　尿 | | 自立 一部介助 全介助 尿意なし | | | | | | | 排　　便 | | | | 自立 一部介助 全介助 便意なし | | | | | | |
| 排泄方法 | | おむつ 紙パンツ パット カテーテル・パウチ ポータブルトイレ（常時 夜間のみ） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事 | 状　　況 | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | | | | | | 調　　理 | | 自立 一部介助（　　　　　　） 全介助 | | | | | | | |
| 食事制限 | | | なし　あり（　　　　　） | | | | | | 水分制限 | | なし あり（　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 食事形態 | 普通 きざみ ミキサー ムース トロミあり 経管(　　　　)その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ｱﾚﾙｷﾞｰ | なし あり(　　　　　　) | | | | | | ｱﾅﾌｨﾗｷｼｰｼｮｯｸ | | | | | | | なし あり(　　　　　　　　　　　　) | | | | | |
| 食事回数 | 回／日 【朝(　　　　時)　 昼(　　　　時)　 夜(　　　　時)】 不定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 食の確保 | 自炊 同居家族 親族支援（　　　　　） ヘルパー（有償） 知人・協力者 なし | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔 | 義　　歯 | なし あり(　　　　　) | | | | | 口腔衛生 | | | 良好 不良 著しく不良 | | | | | | | | 口　臭 | あり なし | |
| 嚥下障害 | なし 時々むせる 常にむせる | | | | | | | 嗜好品 | | | 飲酒：　　合/日　　 喫煙：　　　　本/日 | | | | | | | | |
| 在宅での生活 | 掃除 | 自立 一部介助 全介助　⇒ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 洗濯 | 自立 一部介助 全介助　⇒ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 買い物 | 自立 一部介助 全介助　⇒ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金銭管理 | 自立 一部介助 全介助　⇒ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 睡眠状態 | 良好 不良(　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | 睡眠時間 | 時間/日 不明 | | |
| 精神面における  療養上の問題 | | なし | | あり⇒幻視 幻聴 興奮 焦燥 不穏 暴力 介護抵抗 昼夜逆転 徘徊  危険行為 不潔行為 その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人の生活歴  出生地  家族状況  仕事など | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特記  (本人の意向等) | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在利用中のサービス | | サービス名 | | | | | 提供事業所名 | | | | | | | | | 利用日(曜日) | | | | 介保外 |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | |  |
| 福祉用具貸与 | | | | なし　　　あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |

※ 分かる範囲で記入してください。

様式2-2　（令和２年3月版）　延岡市

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **退院時情報提供シート**  **変更あり　 変更あり** | | | | | | | | | | | 【記入日】令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | |  | | | | | | | | | 電話番号 | | | | |  | | | |
| 記 入 者 | | | | | |  | | | | | | | | | FAX番号 | | | | |  | | | |
| 被保険者番号 | | | | 2600 | | | | | | | | | | | | 入院日した日 | | | | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| フリガナ  本人氏名 | | |  | | | | | | | | | | 男  女 | | | 生年月日 | | | | | | | | 年　　月　　日（　　歳） | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話  番号 | | | 自　宅 | | | | | |  | | | | | |
| 携帯等 | | | | | |  | | | | | |
| 家族構成・状況 |  | | | | | | | | | 家族氏名 | | | | | | | | | | | 続柄 | | 年齢 | | | | 備考（同居・別居、主介護者等） | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | |
| 日中独居 親族なし 家族が無関心 家族が要介護状態 家族が認知症 その他（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | ① | 氏名 | | |  | | | | | | | 続柄 | | |  | | | | | | | 繋がり易い  電話番号 | | | | | | |  | | | | | |
| 住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | 氏名 | | |  | | | | | | | 続柄 | | |  | | | | | | | 繋がり易い  電話番号 | | | | | | |  | | | | | |
| 住所 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ｷｰﾊﾟｰｿﾝ | | 氏名 | | |  | | | | | | | 続柄 | | |  | | | | | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | |
| 介護保険 | | 未申請 自立 申請中 要支援（　　）要介護（　　）事業対象者（認定日：　　年　　月　　日） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | | | | | | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | 自己負担割合 | | | | | | | （　　　）割負担 | | |
| 日常生活  自 立 度 | | 障害高齢者 | | | | | | 自立 （　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | 判定日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 認知症高齢者 | | | | | | 自立 （　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | 判定日 | | | | | 年　　月　　日 | | | | |
| 障害認定 | | なし あり【身障 療育 精神 等級（　　　　　　　　）】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住居環境 | | 所有 賃貸【 戸建 集合住宅（　　　階）】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 住宅改修 | | | | | あり  なし | |
| 経済状況 | | 年金【国民 厚生 障害関係 その他の年金（　　　　）】特障手当 生活保護 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険 | | 後期高齢者医療 国民健康保険 その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現 病 名  現 病 歴 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 既 往 歴 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 感 染 症 | | なし あり【詳細（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）】 不明 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| かかりつけ医  又は主治医 | | 病 院 名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | |  |
| 診 療 科 | | | |  | | | | | | | 医師名 | | | | |  | | | | | | | | | | | 受診頻度 | | | | | 回／　　月 |
| 病 院 名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | |  |
| 診 療 科 | | | |  | | | | | | | 医師名 | | | | |  | | | | | | | | | | | 受診頻度 | | | | | 回／　　月 |
| 服薬状況 | 内　服　薬 | | | | | | あり なし | | 服薬管理者 | | | | | 本人 その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 管理上の問題 | | | | | | あり なし | | 〔処方内容〕 例）別紙にて、お薬手帳コピーを添付。など | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 飲み忘れ | | | | | | あり なし | |
| 眠剤の処方 | | | | | | あり なし | |
| ※ 分かる範囲で記入してください。**入院時情報提供シートから変更がない項目の記入は不要**です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式2-2　（令和２年3月版）　延岡市

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入院中の状況 | 身体状況 | 体　　格 | | 身長(　　　)㎝／体重(　　　)㎏／BMI(　　　) | | | | | | | 入院中に２～３㎏以上の体重減があった。 | | | | | | | |
| 麻　　痺 | | なし あり【(入院前：　　　度)⇒（入院中：　　度 改善）⇒（退院時：　　度 改善）】 | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮膚疾患 | | なし あり（詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| コミュニケーション | 視　　力 | | 問題なし やや難あり 困難 眼鏡 | | | | | | | 入院前との変化(　　　　　　　　　　　) | | | | | | | |
| 聴　　力 | | 問題なし やや難あり 困難 補聴器 | | | | | | | 入院前との変化(　　　　　　　　　　　) | | | | | | | |
| 言　　語 | | 問題なし やや難あり 困難 | | | | | | | 入院前との変化(　　　　　　　　　　　) | | | | | | | |
| 意思疎通 | | 問題なし やや難あり 困難 | | | | | | | 入院前との変化(　　　　　　　　　　　) | | | | | | | |
| ＡＤＬ | 移動状態 | | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | | | 移動手段 | | |  | | | | | |
| 更　　衣 | | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | | | 整　容 | | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | | | |
| 入　　浴 | | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | | | | 入浴法 | | （　　　　浴） 清拭 行わず | | | | | | |
| 排泄 | 排　　尿 | | 自立 一部介助 全介助 尿意あり | | | | | | 便　意 | | 自立 一部介助 全介助 便意あり | | | | | | | |
| 排泄方法 | | おむつ 紙パンツ パット ｶﾃｰﾃﾙ・ﾊﾟｳﾁ ポータブルトイレ（常時 夜間のみ） | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事 | 状　　況 | | 自立 見守り 一部介助(　　　　　　　　) 全介助（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 食事制限 | なし あり(　　　　　) | | | | | 水分制限 | | | なし あり(　　　　　　　) | | | | | |
| 食の形態 | | 普通 きざみ ミキサー ムース トロミあり 経管（　　　）その他　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔 | 義　　歯 | | なし あり(　　　) | | | 口腔衛生 | 良 不良 著しく不良 | | | | | | | 口臭 | なし あり | | |
| 嚥下障害 | | なし 時々むせる 常にむせる | | | | | 嗜 好 品 | | | 飲酒：　　合／日 喫煙：　　本／日 | | | | | | |
| 睡眠状態 | | | 良好 不良(　　　　　　) | | | | | 睡眠時間 | | | 時間／日　不明(　　　　　　) | | | | | | |
| 精神面での問題 | | | なし あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人や家族の受け止め／意向 |  | | | 病気 | | | | | 障害・後遺症 | | | | | | | | 病名告知 | |
| 本人の  受け止め方 | | |  | | | | |  | | | | | | | | ☐なし  ☐あり | |
| 家族の  受け止め方 | | |  | | | | |  | | | | | | | | ☐なし  ☐あり | |
| 退院後の生活 | 本人の  意向 | |  | | | | | | | | 阻害  要因 | |  | | | | |
| 家族の  意向 | |  | | | | | | | | 阻害  要因 | |  | | | | |
| 退院後に必要な事柄 | 特別な  医療処置 | | なし 点滴 酸素療養 喀痰吸引 気管切開 尿道ｶﾃｰﾃﾙ 尿路ストーマ 消化管ストーマ  痛みコントロール 排便コントロール その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 看護の視点 | | なし あり | | | | | | | | | | | | | | | |
| リハビリの  視点 | | なし あり | | | | | | | | | | | | | | | |
| 禁忌事項 | | なし あり | | | 禁忌の内容/留意点 | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 症状・病状の  予後予測 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 分かる範囲で記入してください。**入院時情報提供シートから変更がない項目の記入は不要**です。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |