

看護情報用紙 短期入所サービス用

記入日	年 月 日	記入者の名前	続柄( )									
ふりがな 氏名		愛称		性別	男・女							
生年月日	年 月 日	年齢		学年								
主な介護者		緊急連絡先(電話番号)		家族構成・年齢								
主な介護者の仕事内容・時間等		①										
介護者の支えとなる人		②										
		③										
既往歴(今までにかかった病気、けが、入院、手術、輸血等の時期と内容をお書きください)												
アレルギーについて												
薬	: あり・なし	内容	:									
食品	: あり・なし	内容	:									
ラテックス	: あり・なし	内容	:									
その他	: あり・なし	内容	:									
通院中の病院	:	主治医	:	受診間隔	:							
現在使用している薬剤(内服・軟膏・貼り薬等) ※時間と内容をお書きください												
内服方法 :												
管理している人 :												
訪問看護・訪問ヘルパー・ショートステイ等の利用について			利用の有無 : あり・なし									
月	火	水	木	金	土 日							
移動支援の有無 : あり・なし 事業所名(曜日) :												
ショートステイの利用目的 :												
相談支援事業所の有無 : あり・なし			事業所名 :									
			電話番号 :									
			担当者 :									
1日の生活スケジュールをご記入ください(睡眠、食事、入浴など)												
0時	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12時
12時	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24時

①ヘルスポロモーション

生活スケジュール

身長 : cm (測定日 : 年 月)  
 体重 : kg (測定日 : 年 月)

食事の方法 : 経口(自立・部分解除・全介助)・注入(鼻の管・腸の管・胃ろう・腸ろう)  
 食事の形態 : ミルク・普通食・ペースト・きざみ・ミキサー・その他( )  
 食事の体位 : 椅子・車椅子・バギー・パンダ・オルソー・その他( )  
 あお向け・右向き・左向き・うつぶせ・上半身をやや起こす  
 ※角度等が決まっている場合・・・ 度くらい

介助方法や自助具など :

管	種類/サイズ		挿入長	cm
	交換の頻度			
胃ろうボタン	種類/サイズ		固定水の量	
	交換の頻度		固定水交換頻度	

注入ポンプ使用の有無 : あり・なし  
 噴門形成術(逆流防止の手術)の有無 : あり・なし  
 注入内容 :

注入時間	注入内容	注入速度

② 栄養

食欲 : 良好・普通・悪い  
 すきな食べ物 : 嫌いな食べ物  
 水分の形態 : 液体・とろみ(程度: )・ゼリー  
 水分摂取に使用する物 : 注射器・コップ・ストロー・レンゲ・カットコップ・マグマグ・ほ乳瓶  
 お茶の好き嫌い : 好き・ふつう・嫌い(お茶に代わる飲み物等: )  
 水分摂取量 :  
 ※時間帯と量を記入  
 おやつについて : なし・あり(接種の目安: )  
 誤嚥の有無 : あり・なし・わからない  
 誤嚥検査の時期 :  
 検査結果 :

③ 排泄と交換

排尿回数 : 1日に 回 排尿の方法 : 自然・導尿(導尿時間: )  
 排便回数 : 日に 回 排便の方法 : 自然・浣腸・摘便・肛門刺激・洗腸  
 排便処置について(何日目は何をするか) :  
 例:浣腸, 2日に1回, 浣腸液は1回30ml, など  
 便の性状 : 普通便・軟便・水様便・硬便  
 排泄の自立度 : 自立・全介助・部分介助  
 使用している物 : おまる・紙おむつ・尿取りパット・紙パンツ・布パンツ  
 お尻を拭くことができるか : できる・できない・拭くけど不十分  
 排尿のサイン:  
 排便のサイン:

④ 活動／ 休息	更衣について	自立度： 自立・全介助・部分介助 介助方法： 着替えのタイミング 入浴(体拭き)時・登校前・寝る前・その他( )																																																					
	入浴について	自立度： 自立・全介助・部分介助 主な介助者： 時間： 時頃 頻度： 毎日・2日に1回・その他( ) 介助方法：																																																					
	洗面・歯磨きについて																																																						
	洗面	自立度： 自立・全介助・部分介助(介助方法： )																																																					
	歯磨き／うがい	自立度： 自立・全介助・部分介助(介助方法： )																																																					
	移乗について	自立度： 自立・全介助・部分介助 介助方法：																																																					
	移動について	移動方法： はいはい・いざる・つたい歩き・歩く・走る 移動の手段： 手動車椅子・電動車椅子・杖・歩行器・その他( ) 装具の種類や着ける時間：																																																					
	住環境について	平屋・二階建・高層( 階) エレベーターの有無： あり・なし																																																					
	遊びについて	好きな遊び： 好きなおもちゃ・キャラクター： 楽しい時や嬉しい時の表現： 嫌な時や不快な時の表現： 泣いた時の対処方法 嫌いな事(関わり・遊び・おもちゃ・音等)																																																					
	睡眠について	睡眠時間： 時 分～ 時 分まで 午睡時間： する・しない ( 時 分～ 時 分まで 眠れないときの対応： 睡眠状況： 眠れる・眠れない 物音の感性： うるさいと眠れない・うるさくてもよく眠れる・どちらでもない 夜泣き： あり・なし 夜泣きの対応： 自宅の寝具： ベッド・畳・布団・マットレス・エアマット・その他( )																																																					
呼吸器系・循環器系	<p>普段のバイタルサインがわかればご記入ください。</p> <p>呼吸回数： 回 SPO2： % 脈拍数： 回 血圧： mm/Hg 呼吸の状態： よい・その他( ) 不整脈の有無： なし・あり( )</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width:20%;">気管切開 あり・なし</td> <td colspan="2">喉頭分離： している・していない</td> <td colspan="2">人工鼻： あり・なし</td> </tr> <tr> <td colspan="4">種類／サイズ：</td> </tr> <tr> <td></td> <td>カフ air：</td> <td>ml</td> <td>交換頻度：</td> <td>最終交換日：</td> </tr> <tr> <td>エアウェイ あり・なし</td> <td colspan="4">種類／サイズ：</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4">使用時間：</td> </tr> <tr> <td>呼吸器 あり・なし</td> <td colspan="4">種類／サイズ：</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4">使用時間：</td> </tr> <tr> <td>酸素 あり・なし</td> <td colspan="4">使用方法</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4">使用時間</td> </tr> <tr> <td>ネックカラー あり・なし</td> <td colspan="4">使用方法</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4">使用時間</td> </tr> </table>	気管切開 あり・なし	喉頭分離： している・していない		人工鼻： あり・なし		種類／サイズ：					カフ air：	ml	交換頻度：	最終交換日：	エアウェイ あり・なし	種類／サイズ：					使用時間：				呼吸器 あり・なし	種類／サイズ：					使用時間：				酸素 あり・なし	使用方法					使用時間				ネックカラー あり・なし	使用方法					使用時間			
気管切開 あり・なし	喉頭分離： している・していない		人工鼻： あり・なし																																																				
	種類／サイズ：																																																						
	カフ air：	ml	交換頻度：	最終交換日：																																																			
エアウェイ あり・なし	種類／サイズ：																																																						
	使用時間：																																																						
呼吸器 あり・なし	種類／サイズ：																																																						
	使用時間：																																																						
酸素 あり・なし	使用方法																																																						
	使用時間																																																						
ネックカラー あり・なし	使用方法																																																						
	使用時間																																																						
⑤ 知覚 認知	<p>視力： まったく見えていない・視力は弱いが見えている・光は感じている・よく見えている・わからない 眼鏡の使用： 使っている・使っていない・時々使う 聴力： 全く聞こえない・強い音にはっきりした反応あり・聞こえているようだがはっきりしない よく聞こえている・少しは聞こえている・わからない 補聴器の使用： 使っている・使っていない・時々使う コミュニケーション： 話せる・話せない コミュニケーションの方法</p>																																																						

⑥ 自己 知覚	自分の(または介護者から見た)性格 :  自分の身体や身体の変化をどう感じているか :											
⑦ 役割 関係	療育園・保育園・訪問学級・仕事などがありますか？(曜日、時間、場所等をご記入ください)  送迎者:											
⑧ リ テ ィ ン グ セ ク シ ャ	月経について 月経の有無 :      なし・あり      最終月経日 :      年      月      日 ナプキンの交換や後始末が自分でできますか :      できる・できない 性的問題 :											
⑨ コ ー ビ ン グ ス ト レ ス	ショートステイにあたり気になること  不安や悩み : 日頃ストレスはどのように発散しているか :											
⑩ 生 活 原 理	信仰している宗教 :      なし・あり (      教) 人生の目標や生きがい :											
⑪ 安 全 ／ 防 御	血液データ :      WBC      CRP      Hgb かかった事のあるものに○をしてください 麻疹      風疹      水痘      流行性耳下腺炎 その他(      )											
	予防接種をしたものに○をしてください 四種混合      三種混合      二種混合      日本脳炎 麻疹      風疹      水痘      MR      流行性耳下腺炎 BCG      ポリオ      その他(      )											
	感染症があれば○をしてください なし・B型肝炎・C型肝炎・HIV・その他											
	体温      °C      体温調節の方法 :											
	てんかん発作について 発作の有無 :      なし・あり      最後の発作: 発作の頻度 : 発作の型と持続時間 :  発作時の対処方法 :											
	吸引について      頻度 :      頻回に必要・時々必要・まれに必要・吸引は不要 気管挿入長 :      cm <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">吸引チューブのサイズ</td> <td style="width: 20%;">気管</td> <td style="width: 10%;">Fr</td> <td style="width: 10%;">口鼻</td> <td style="width: 10%;">Fr</td> <td style="width: 10%;">Fr</td> </tr> <tr> <td>チューブの交換頻度</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> 家族で吸引できる人 :	吸引チューブのサイズ	気管	Fr	口鼻	Fr	Fr	チューブの交換頻度				
吸引チューブのサイズ	気管	Fr	口鼻	Fr	Fr							
チューブの交換頻度												
吸入について      していない・している・臨時とする 吸入時間と内容 :												
⑫ 安 楽	痛みの有無 :      なし・あり      部位      鎮痛剤の使用 : 嘔気の有無 :      なし・あり      誘発原因 : 掻痒感の有無 :      なし・あり      部位 部屋の環境 :											
⑬ 成 長 発 達	首の座り :      すわっている・すわっていない      才      ヶ月 寝返り :      できる・できない      才      ヶ月 お座り :      できる・できない      才      ヶ月 具体的な成長の問題 :											
その 他												