

連絡票

記入者:

施設名:

連絡先 Tel:

記入日: 年 月 日

利用者基本情報

氏名: 男・女
住所: 都・道・府・県 市・区 町
連絡先: 氏名 利用者との続柄 ()
住所 病院(医院) / 担当医師 電話

かかりつけ医: 病院(医院) / 担当医師

主治医

機関名: 担当医師: 連絡先: 電話

最近の身体状況

日付(年 月 日) 時間(:)
体温() 血圧(/)
排便() / 分 整・不整
排尿() 回^回/日

特記すべき病状

ターミナル: 末期がん・高齢者・難病(病名)
 認知症: 徘徊/無・有 介護への抵抗/無・有 その他()
 感染症: 無・有(病名) ()
 その他特記事項: ()

入院目的

入院の目的: 緊急対応 疾患の治療 症状緩和 ターミナルケア
 その他(具体的に) ()

入院目的について: 本人(理解している 理解していない 不明)
家族(理解している 理解していない 不明)

その他特記事項: ()

受けている保険やサービス

医療保険: 健康保険 国保 生保 労災 公費
介護保険: 未申請 申請中 認定済 (介護度) ()
身障手帳: 級(障害名) ()
特定疾患医療給付: 無 有 (ケアマネジャーの名前: 連絡先:)
介護サービスの利用: 無 有 (ケアマネジャーの名前: 連絡先:)
訪問看護の利用: 頻度 回/日・週: 内容 ()
その他特記事項: ()

利用者の身体状況

寝たきり度: 自立 歩行可 座位まで可 臥位のみ
麻痺の程度: 無 有(全身・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他) ()
嚥下障害: 無 有(障害の程度/) ()
視力の障害: 無 有(左目 右目 障害の程度/) ()
聴力の障害: 無 有(左耳 右耳 障害の程度/) ()
意思の伝達: できる 時々できる ほとんどできない できない
注意点: (看護・介護のうえで動かし方・声のかけ方・いやがることなど)
その他特記事項: ()

生活支援の必要性

排泄: 自立 失禁(尿・便) オムツ ポータルトイレ
 カテーテル(交換頻度/ 日毎) ()
更衣: 自立 一部介助(必要部分/) 全介助
食事: 自立 一部介助 全介助
食事内容: 通常 きざみ食 ところみ食 流動食 経管栄養
注意点(食物アレルギー/ 食べられないもの/)
清潔: 入浴 シヤワーのみ 清拭 (最後に実施した日/ 月 日)
口腔ケア: 自立 一部介助 全介助
その他特記事項: ()

介護力・家族の状況

利用者の環境: 一人暮らし 同居人あり(配偶者・子・その他)
介護者: 主な介護者(配偶者・子・その他/名前) ()
介護力: 十分できる 援助が必要 ()
家族の不安: 看護・介護力の不足 経済や生活の変化 病状の変化
 その他 ()
その他特記事項: ()

病名・病状に対する理解

診断名: 本人() 家族()
病名の理解: 本人(理解している あいまい)
家族(理解している あいまい)
病状の理解: 本人(理解している あいまい)
家族(理解している あいまい)
理解や受け止め方について特記する点: ()

実施してきた医療処置

★以下の各項目に がついた場合は、別票に記入し、添付してください。
 褥瘡 注射(インスリン療法) 点滴 経管栄養 IVH 吸引 HOT
 気管カニューレ 人工呼吸器 膀胱留置カテーテル ストマケア CAPD
 疼痛管理 その他()
管理者: 本人・家族(名前) ()
★服薬について ()
種類・処方 ()
服薬の管理者: 本人・家族(名前) ()
その他特記事項: ()

私は上記の情報を

訪問看護ステーションから病院に 提供することを承諾します。
 病院から訪問看護ステーションに

署名 (本人・本人との続柄) ()