

脳卒中地域連携パス 急性期→回復期 ② 看護情報提供書 担当Ns

患者氏名	(自動入力)	ID	(自動入力)	生年月日	(自動入力)
紹介時 (年 月 日)					
食事形態 嘔下調整食分類コード (<input type="checkbox"/> 0 j <input type="checkbox"/> 0 t <input type="checkbox"/> 1 j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 非該当)					
食事動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事制限 ()					
<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管					
自立度 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助)					
排泄 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助)					
<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル (Fr) <input type="checkbox"/> 下剤 (種類：)					
入浴/清拭 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャーバス (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助)					
医療処置 咳痰吸引 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回/日)					
<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
酸素投与 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類：) (L/min)					
褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (別紙DESIGN-R参照)					
インスリン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下記参照)					
意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ムラあり <input type="checkbox"/> 不可 ナースコール <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可					
危険行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転)					
抑制 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間必要 <input type="checkbox"/> 常時必要					
<input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> 上肢抑制 <input type="checkbox"/> 車椅子シートベルト <input type="checkbox"/> 赤外線センサー <input type="checkbox"/> 着床センサー <input type="checkbox"/> 離床センサー <input type="checkbox"/> 抑制着					
転院時 (年 月 日)					
食事形態 嘔下調整食分類コード (<input type="checkbox"/> 0 j <input type="checkbox"/> 0 t <input type="checkbox"/> 1 j <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 非該当)					
食事動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事制限 ()					
<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 (Fr) (cm) 固定 最終交換日 (/) ※栄養・水分量は下記参照					
自立度 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助)					
排泄 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助)					
<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル (Fr) 最終交換日 (/)					
<input type="checkbox"/> 下剤 (種類：) 最終排便 (/)					
入浴/清拭 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャーバス (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助)					
最終入浴 (/)					
医療処置 咳痰吸引 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回/日)					
<input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類：) 最終交換日 (/)					
酸素投与 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類：) (L/min)					
褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (別紙DESIGN-R参照)					
インスリン <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (下記参照)					
意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ムラあり <input type="checkbox"/> 不可 ナースコール <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可					
危険行動 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転)					
抑制 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間必要 <input type="checkbox"/> 常時必要					
<input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> 体幹抑制 <input type="checkbox"/> 上肢抑制 <input type="checkbox"/> 車椅子シートベルト <input type="checkbox"/> 赤外線センサー <input type="checkbox"/> 着床センサー <input type="checkbox"/> 離床センサー <input type="checkbox"/> 抑制着					
備考 (栄養・医療処置等)					