看 護 情 報 提 供 書

前略　施設利用者について情報提供をお願いします。

氏名	（　　歳）	入院先	階　　号室
診断名		入院年月日	年　　月　　日
キーパーソン		退院年月日	年　　月　　日
施設利用目的			

＜経過及び看護の概要＞

＜問題点及び継続事項＞

＜日常生活能力＞

1. 寝たきり度　☐ J　☐ A　☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2　対応策（　　）
2. 認知度　☐ なし ☐ Ⅰ　☐ Ⅱ ☐ Ⅲ ☐ Ⅳ ☐ M　対応策（　　）
3. 問題行動　☐ 無 ☐ 有

　徘徊 ・ 異食 ・ 拒否 ・ 火の不始末 ・ 収集癖 ・ 自傷行為 ・ 昼夜逆転 ・ 夜間不穏 ・ 独語

　オムツ外し ・ 物盗られ妄想 ・ 破壊、暴力行為　その他（　　）

4. 食事行動　☐ 1)全介助 ☐ 2)部分介助 ☐ 3)介助不要　介助する範囲（　　）
5. 排泄行動　☐ 1)全介助 ☐ 2)部分介助 ☐ 3)介助不要　介助する範囲（　　）
6. 移動行動　☐ 1)全介助 ☐ 2)部分介助 ☐ 3)介助不要　介助する範囲（　　）
7. 移乗行動　☐ 1)全介助 ☐ 2)部分介助 ☐ 3)介助不要　介助する範囲（　　）
8. 入浴　☐ 1)全介助 ☐ 2)部分介助 ☐ 3)介助不要　介助する範囲（　　）
9. 歯磨整容　☐ 1)全介助 ☐ 2)部分介助 ☐ 3)介助不要　介助する範囲（　　）
10. 更衣行動　☐ 1)全介助 ☐ 2)部分介助 ☐ 3)介助不要　介助する範囲（　　）
11. 服薬管理　☐ 1)全介助 ☐ 2)部分介助 ☐ 3)介助不要　介助する範囲（　　）
12. 聴力　☐ 1)問題なし ☐ 2)何らかの対応をしている　（　　）
13. 視力　☐ 1)問題なし ☐ 2)何らかの対応をしている　（　　）
14. 言語　☐ 1)問題なし ☐ 2)何らかの対応をしている　（　　）
15. 嚥下　☐ 1)問題なし ☐ 2)何らかの対応をしている　（　　）
16. 麻痺・拘縮　☐ 1)無　☐ 2)有　部位（　　）　その他　（　　）

最終排便（　　年　　月　　日）　　最終入浴（　　年　　月　　日）

年　　月　　日

施設名
住所
TEL
FAX

記載者

公益財団法人甲南会　甲南介護老人保健施設