

実施中の医療的処置と留意事項	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 [部位:] <input type="checkbox"/> 酸素療法 [安静時: L, 労作時:] <input type="checkbox"/> 自己注射 [種類:] <input type="checkbox"/> 吸引 [回数: 回/日] <input type="checkbox"/> 疼痛管理 [種類:] <input type="checkbox"/> 気管カニューレ [サイズ(Fr)] <input type="checkbox"/> 人工肛門 [種類:] <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 [種類:] [使用状況: <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 尿カテーテル等 (No.1 排泄の項参照) <input type="checkbox"/> その他 ()						
	(必要性の高いものにチェックして下さい) ・血圧 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・移動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・摂食 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・運動 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・嚥下 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり () ・福祉用具 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり (★ 下記意見欄に詳細をご記入ください) ・その他 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ()						
サービスの提供時における留意事項							
医学的管理留意事項	(必要性の高いものにチェックして下さい) <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 看護職員の訪問による相談・支援 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ()						
医療・介護サービス利用状況	月	火	水	木	金	土	日
	AM						
	PM						
	備考						
生育歴・生活歴 (今回の入院まで)			疾病体験の与えた影響・役割の変化				
本人の願い・望む生活			家族の願い・役割への期待				
入院中の主治医の導いた実現可能な目標設定	転帰先 (<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 転院)		家族構成図	氏名(keyに★)	続柄	連絡先	
在宅チームの導いた実現可能な目標設定							

関係職種からの意見

記載日/職種名	留意内容(疾患管理・ケア・継続依頼したいこと等)
平成 年 月 日 職種[] から 職種[] 宛	
平成 年 月 日 職種[] から 職種[] 宛	
平成 年 月 日 職種[] から 職種[] 宛	
平成 年 月 日 職種[] から 職種[] 宛	
平成 年 月 日 職種[] から 職種[] 宛	
平成 年 月 日 職種[] から 職種[] 宛	

情報提供元の医療機関/事業所名	担当者一覧	担当	氏名	担当	氏名	担当	氏名
TEL:	FAX:						