

情報共有シート2(金沢区)		平成 年 月 日	
かかりつけ歯科医師		担当医	連絡先
かかりつけ薬局		薬剤師	連絡先
日常生活	移動 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手つなぎ <input type="checkbox"/> 付き添い <input type="checkbox"/> 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介		
	座位保持 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 立位 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 寝返り <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
	保清 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特訪問入浴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	自尿(尿器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> (常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ) おむつ (常時 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/>		
	排泄 尿回数 回/日 便 日ごと 最終排便 日		
	便秘時の処置		
	留置カテーテル サイズ Fr 種類 交換間隔 週ごと 最終交換日 日		
	認知症 診断 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 病名 長谷川式 /30点		
	睡眠 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 浅眠 <input type="checkbox"/> 不眠 薬剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	難聴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 視力障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左		
	食事 カロリー Kcal/日 塩分 g/日 タンパク g/日 水分(ml)		
	主食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 分粥		
	食形態 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> サポート食		
	その他 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> むせこみ <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
	とろみ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> とろみ剤 mlに対して 袋		
	経管栄養 栄養剤名 朝 昼 夕		
	白湯 朝 昼 夕		
	その他		
服薬	一包化 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 色印字指定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 色		
	一包化以外PTP管理の薬剤 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 薬品名		
	粉砕 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 簡易懸濁 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	自己調整内服薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 薬品名		
	外用剤使用状況 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 薬品名		
	残薬調整希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 配置薬(OTC、風邪薬等) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	継続使用中の医療材料 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 材料名		
口腔ケア	歯磨き <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介 義歯 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 使用せず		
	歯磨き・歯の痛み <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 粘膜疾患 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
医療処置	有に <input checked="" type="checkbox"/>		
	褥瘡 部位 大きさ(最大) cm X cm		
	<input type="checkbox"/> 褥瘡 浸出液 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 骨突出 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 部位		
	処置方法		
	<input type="checkbox"/> 吸引 夜間吸引 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 吸引間隔 時間ごと 吸引カテーテル Fr		
	<input type="checkbox"/> 吸入 吸入回数 回/日 使用薬剤		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸 種類		
	太さ Fr 長さ cm 最終交換日 日		
	<input type="checkbox"/> 酸素療法 安静時 L/min 労作時 L/min 夜間 L/min <input type="checkbox"/> カヌラ <input type="checkbox"/> マスク		
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ 種類 太さ Fr		
	最終交換日 日 交換間隔 日ごと		
	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> CVカテーテル 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	輸液内容、投与速度、時間		
	<input type="checkbox"/> 持続皮下注射 注射内容、投与速度、時間		
	<input type="checkbox"/> ウロストミー 最終交換日 日 交換間隔 日ごと		
	<input type="checkbox"/> コロストミー パウチ 大きさ cm X cm		
	最終交換日 日 交換間隔 日ごと		
	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> CAPD		
	<input type="checkbox"/> インスリン 薬品名 投与量		
	薬品名 投与量		
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 機種 加湿器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 機種		
	設定条件		
	回路最終交換日 日 交換間隔 日		
	人工鼻 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 種類		
	<input type="checkbox"/> その他の医療処置、医療器材等		
住環境	階段歩行 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 階段 段 段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	坂 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	ペット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 レンタル <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 寝る場所 <input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階		
	トイレ <input type="checkbox"/> 要改修 <input type="checkbox"/> 要ポータブルトイレ		