

B 島原市情報提供・共有(Bシート)改訂版

記入日 年 月 日

病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	
FAX番号	



事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

情報提供に関して本人または家族に同意を得ています。

フリガナ		生年月日	大 昭 平	年 月 日	年齢	歳	性別	男 女
氏名								
住所	〒				電話番号			
緊急時連絡先	氏名	住所			続柄	電話番号		

家族構成図		家族の介護力	<input type="checkbox"/> 無 (特記事項) <input type="checkbox"/> 有
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 ()階建て エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		経済状況年金の種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他
		被爆者健康手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(担当CW名)
		特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(疾患名)
		障害手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (等級 種別)

要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 (申請日 月 日) <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 事業対象者
	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

既往歴	
-----	--

入院までの経過	
---------	--

認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 特記事項()
-----	---

療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 { <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()
--------	---

医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

B 島原市情報提供・共有(Bシート)改訂版

入院期間	入院日		年	月	日	～	退院(予定)日	年	月	日	
病院 主治医						かかりつけ 医	医療機関名()				
次回 再来日	年	月	日				<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 訪問診療	Tel		
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望											
ACP について	<input type="checkbox"/> 話し合ったことがある 最終確認日 年 月 頃 (<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療・介護チーム <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他()) 内容 ()										
	<input type="checkbox"/> 話し合ったことはない (今後医療・介護について相談したい相手) <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 医療・介護チーム <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他()										
退院時 処方	処方薬説明書添付	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	服薬管理	自己管理	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能	薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	
主な処方 内容	<input type="checkbox"/> 高血圧薬 <input type="checkbox"/> 利尿剤 <input type="checkbox"/> 糖尿病薬 <input type="checkbox"/> 抗凝固剤 <input type="checkbox"/> 睡眠導入剤										
かかりつけ 薬局											
緊急時の 対応	処置の方法: 連絡先: 搬送先:										
ADL・IADL など	自立	見守り	一部 介助	全 介助	入院中の様子						
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 歩行器使用	<input type="checkbox"/> 装具・補助具使用			
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	特記事項						
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	特記事項						
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 浴槽	<input type="checkbox"/> シャワー浴	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()	
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ポータブル (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間) (特記事項)					
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	オムツ・パット (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間) (特記事項)					
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	歯磨き回数	回/日	義歯	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 部分義歯	<input type="checkbox"/> 総義歯 (特記事項)	
食事	摂取 方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	摂取方法	<input type="checkbox"/> はし	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> その他()	自助具の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	形態	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 減塩食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他() 摂取量 () 割)									
		主食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 米飯	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ミキサー		
		副食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 通常	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> 極小刻み	<input type="checkbox"/> ミキサー
		嚥下・咀嚼状況 (留意点)									
	とろみ剤使用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有				
	水分摂取量:1日						ml	食への意欲	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		
アレルギー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()						
コミュニ ケーション	聴力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 聞こえない	補聴器使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	
	視力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 見えない	メガネの使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	言語	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや困難	<input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 困難	
◆リハビリ内容, 頻度, 運動制限(リハビリから確認)など											
退院後リハビリ継続の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有											
◆看護を行っていて気になったこと(入院中のエピソード, 家族と当事者間の言動等)											
◆連絡事項・その他											