

ふりがな	なら たろう		性別	生年月日		年齢	入院期間					
氏名	奈良 太郎		男	S 17 年 6 月 4 日		74	H29.4.7		～ H29.6.19			
住所	檀原市四条町○○○						アレルギー		内容			
							食品	有	卵			
同居者の有無	有	同居者名	奈良 花子		続柄	妻		薬品	有	ビリン系投与で発疹		
TEL	0744-25-0000		キーパーソン	長男		その他	有	花粉症				
緊急連絡先	①	奈良 一郎	続柄	自宅	0744-00-0000		感染症	有	HBウイルス、HIV			
			長男	携帯	090-0000-0000		飲酒	毎日	ビール500ml×3本			
	②	大和 和美	続柄	自宅	0743-00-0000		喫煙	有	20 本/日			
			長女	携帯	080-0100-1111		身長	168 cm	体重	60 kg		
社会資源	介護認定の有無	査	判定	障害者手帳		査	判定	利用事業所名				
診断名	左側急性硬膜下血腫術後				既往歴	高血圧、アルコール性肝炎						
入院中の経過 (看護経過)	10月5日転倒、10月7日当院にて閉鎖性硬膜下血腫除去術施行。術後クリティカルパス通り問題なく経過(計画は別紙参照)。術後右上下肢麻痺あり離床できず。PTの介入と日中は車いすで対応していた。自己体動は少なく夜間は2-3時間前に体位変換を行っていた。高次機能障害あり。ST介入(嚥下訓練)施行。口腔ケア、食事介助を行い、誤嚥予防に努めた。術後より症状受け入れられずリハビリに消極的である。高血圧に対して内服治療中。肝炎に対しては血液データ上安定しており、リハビリ目的で転院となる											
残された問題	活動低下による皮膚統合性障害のリスク 嚥下困難による誤嚥のリスク 栄養状態の悪化 精神的援助の必要性					病気についての説明と受け止め方及び要望						
						本人	症状を受け入れられず、リハビリに消極的					
					家族	家人は現状を理解されている。リハビリの継続を希望。今後自宅での療養を希望されている						
日常生活	活動	麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 右上下肢麻痺 )	具体的な看護ケア							
		寝返り	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> つかまればできる	<input type="checkbox"/> できない	エアマット使用中						
		坐位	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない	2から3時間ごとの体位変換						
		移乗	<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> できない	車椅子移乗に2名で実施						
	食事	起き上がり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input checked="" type="checkbox"/> できない							
		摂食行動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	車椅子で摂取						
		嚥下状態	<input type="checkbox"/> 良	<input checked="" type="checkbox"/> 不良	食事前後で各痰吸引施行							
		食種	<input type="checkbox"/> 一般食	<input checked="" type="checkbox"/> 特別食	1500 kcal	水分摂取時はトロミ剤使用						
排泄	食事形態	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> キザミ	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input checked="" type="checkbox"/> ペースト	食事摂取量は5-7割摂取					
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻	<input type="checkbox"/> 胃瘻	<input type="checkbox"/> 腸瘻	内服は筒易懸濁にて服用							
	義歯	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 部分 )									
	排泄行動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	尿意便意の訴えがないため起床時、毎食前と10時、15時、就寝前にトイレ誘導施行。							
清潔	方法	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input checked="" type="checkbox"/> オムツ								
	最終排便日	6/18										
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	最終	6/18						
意思疎通	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	シャワー浴は2回/週							
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	清拭2回/週							
精神面	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ( うなずきやゼスチャーで返答。気分のむらがありできないときもある )											
退院指導 医療処置	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> その他 ( )											
妻に食事介助の指導開始												

施設名 県立なら病院

記載者 檀原 文代

私は上記の情報を病院に報告することを承諾いたします。

責任者 奈良大 花子

署名

本人・本人との続柄