

情報共有書

記入日	記入者	施設名
年 月 日		

職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師
	<input type="checkbox"/> ケアマネ	<input type="checkbox"/> 社会福祉士
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

基本情報	患者氏名	性別	年齢	生年月日	血液型	住所	電話番号	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					自宅	
							携帯	

基本情報 □ 診療情報提供書参照	感染症				アレルギー・副作用情報			
	がん病名				転移	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 骨 () <input type="checkbox"/> 脳 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> リンパ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	STAGE		TNM	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> M				
	手術	手術日	手術術式		その他病名			

治療 □ 診療情報提供書参照	治療計画				治療状況			
	投薬内容				検査データでの特記事項			
	化学療法				放射線療法			
	コンプライアンス	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題あり	その他療法				
	治療上の問題点				治療上の希望内容			

環境因子	家族構成				キーパーソン		続柄		連絡先	
					主介護者		続柄		連絡先	
					サポート体制上の問題点	<input type="checkbox"/> 人員上				
						<input type="checkbox"/> 経済上				
						<input type="checkbox"/> その他				
	A D L	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 移動要介助 <input type="checkbox"/> 排泄要介助			コミュニケーション障害	<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	家庭・環境	<input type="checkbox"/> 独居・介護人なし <input type="checkbox"/> 独居・介護人あり <input type="checkbox"/> 同居 () <input type="checkbox"/> その他 ()								
介護の状況	【主介護者の介護意欲】 <input type="checkbox"/> 積極的 <input type="checkbox"/> 消極的 <input type="checkbox"/> 拒否的 <input type="checkbox"/> 不明 【介護を援助できる人】 <input type="checkbox"/> あり () 人 <input type="checkbox"/> なし									

介護保険	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 取得済み → <input type="checkbox"/> 非該当 (要支援) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 (要介護) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

身障	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (級 / 障害の種類)	福祉医療	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	公費	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
----	---	------	---	----	---

社会資源	<input type="checkbox"/> 在宅(かかりつけ)医 ()		<input type="checkbox"/> ケアマネージャー ()	
	<input type="checkbox"/> 訪問看護ステーション ()		<input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 調剤薬局 ()			

緊急時の対応	紹介手順	連絡先	連絡先

※情報共有書利用にあたって
 本情報共有書はチーム医療をする上で患者にとって必要な情報を一覧にしたものです。
 記入にあたっては、初めて知り得た情報や、変化のあった情報のみ記入して、郵送等で関係する多職種と情報の共有を図ってください。
 診療情報提供書に記載された情報を記載する必要はありません。

情報共有書

記入日	記入者	施設名
年 月 日		

職種	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> 看護師
	<input type="checkbox"/> ケアマネ	<input type="checkbox"/> 社会福祉士
	<input type="checkbox"/> その他 ()	

基本情報	患者氏名	性別	年齢	生年月日	血液型	住所	電話番号	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					自宅	
							携帯	

現状と評価および対処	疼痛	<input type="checkbox"/> 疼痛なし <input type="checkbox"/> 疼痛あり (部位 :) 痛みの程度 ()
	鎮痛処置	<input type="checkbox"/> 麻薬使用なし <input type="checkbox"/> 麻薬使用あり () <input type="checkbox"/> 他の方法 () <input type="checkbox"/> 麻薬副作用なし <input type="checkbox"/> 麻薬副作用あり () その他特記事項 ()
	消化器症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 腸閉塞 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> その他 ()) 対処 :
	呼吸器症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 胸水 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> その他 ()) 対処 :
	その他症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> その他 ()) 対処 :
	創傷処置 (褥瘡等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (褥瘡部位: 深さ: 対策: エアーマット <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> 処置あり () その他 ()
	処置	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 () <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 吸引処置 <input type="checkbox"/> ストマ (部位:) <input type="checkbox"/> その他 ()
	食事摂取状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 摂取程度 () その他 ()
その他・問題点など		

説明	告知	病状について	理解度	予後について	理解度
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良

思い・希望	がん治療に対する希望		延命治療について		療養場所	
	本人	<input type="checkbox"/> してほしい <input type="checkbox"/> してほしくない <input type="checkbox"/> 決められない	CPR <input type="checkbox"/> してほしい <input type="checkbox"/> してほしくない <input type="checkbox"/> 決められない	症状悪化急変時の対応	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> その他 ()
				看取り	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> その他 ()
	家族	<input type="checkbox"/> してほしい <input type="checkbox"/> してほしくない <input type="checkbox"/> 決められない	CPR <input type="checkbox"/> してほしい <input type="checkbox"/> してほしくない <input type="checkbox"/> 決められない	症状悪化急変時の対応	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> その他 ()
看取り				<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> その他 ()	

精神状態	患者	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ())
	家族	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他 ())

備考	
----	--

※情報共有書利用にあたって

本情報共有書はチーム医療をする上で患者にとって必要な情報を一覧にしたものです。
記入にあたっては、初めて知り得た情報や、変化のあった情報のみ記入して、郵送等で関係する多職種と情報の共有を図ってください。
診療情報提供書に記載された情報を記載する必要はありません。