

看護記録様式の例
(北里大学病院)

看護記録 I

氏名	フリガナ 殿	性別	年齢 歳	生年月日 SI 年 月 日	入院年月日 年 月 日
自宅	住所		電話番号		病院までの所要時間
連絡先	1	氏名(続柄)	時間帯	~	Tel ()
	2	氏名(続柄)	時間帯	~	Tel ()
面会	時間外の面会希望: 無・有 ()		保険: 本人・家族・老人		看護上の留意点
	面会人の制限希望: 無・有 ()		国保・社保・医療扶助 ()		
I 健康認識 健康管理に関して	現病歴	◎主な自覚症状と入院理由			
		◎入院までの経過			
		T (°C)	P (回/分)	R (回/分)	BP (/ mmHg)
	入院について	◎病気や入院について、どのような説明を受けましたか 本人: 家族: () ◎また、それをどのように考えていますか 本人: 家族: () ◎入院に対する希望			
	既往歴	◎上記以外で、今までにかかった病気			
		発症年齢	疾患名	治療経過・内服薬	
	アレルギー歴	発症年齢	原因	症状・対処	
	嗜好	◎嗜好品 喫煙: 無・有 本/日 (年間) アルコール: cc/日 (年間) (日本酒・ビール・ワイン・焼酎・ウイスキー・) 禁煙期間 () 禁酒期間 () その他の嗜好品:			
	健康法	◎健康のために行っている習慣			

<p>II 栄養生活代謝に 関して</p>	<p>◎食事について 食欲：亢進・普通・低下（嘔気・嘔吐・飲み込みにくさ・ ） 義歯：無・有・（総義歯・部分義歯：上・下 ） どうしても食べられない食品：無・有（ ） ◎食事療法と制限：無・有 （糖尿病食・腎臓病食・塩分制限食・脂肪制限食・その他： ） 熱量 /kcal, 蛋白質 /g 脂質 /g 塩分 /g カリウム（有・無）, 水分 cc, その他（ ） 分食：無・有（ 回） 経管栄養：無・有（製品名： ・ cc/1回・ 回/1日） ◎平素の食事内容（外食を含む） 回数： 回/日 ・調理者：本人・その他（ ） 内容 （朝食） （昼食） （夕食） （間食） [] [] [] [] 身長： cm, 体重 kg, （体重変化：無・有 /kg：増・減 ヶ月） ◎皮膚の状態 乾燥・湿潤・浮腫（部位： ）・褥瘡（部位： ） 蒼白・チアノーゼ・黄染 皮疹：無・有（ ） 脱毛：無・有</p>	
<p>III 排泄に 関して</p>	<p>◎排便習慣 回数 回/ 日 いつ（定時： 時頃・不規則） 量（普通・少ない） 性状（普通・硬い・下痢・細い・ ） 色（普通・黒い・白っぽい・赤っぽい・ ） ◎排便困難：無・有（出にくい・残った感じがする・痛みを伴う ） ◎便秘：無・有（1回/ 日） 対策：無・有（下剤： ・他の対策： ） ◎人工肛門の場合は器具の種類（ ） ◎排尿の習慣 回数： 回/1日 夜間排尿：無・有（ 回： 時間） 尿量：普通・多い・少ない 性状：普通・濁っている・濃い・赤い ◎排尿困難：無・有（出にくい・残った感じがする・痛みを伴う ） ◎尿漏れ：無・有（いつも・ときどき・夜間のみ・ ） 対策：無・有（時間でトイレに行く・尿取りパット・オムツ・ ） ◎自己導尿：無・有（器具 ） ◎人工膀胱・膀胱痿・腎痿の場合は器具の種類（ ）</p>	
<p>IV 睡眠・休息に 関して</p>	<p>◎睡眠の状態 平均睡眠時間： 時間/日 睡眠時の状態：寝つき 良・悪 熟睡感 有・無 いびき 有・無 寝ごと 有・無 歯ぎしり 有・無 ◎不眠時の対策 読書・飲酒・睡眠剤の使用（ ）・その他（ ） ◎昼寝の習慣：無・有 ◎睡眠リズムの変化：無・有（ ） ◎ベット使用：無・有</p>	

氏名

年齢

歳

No. 4

IX	家族構成	<p>◎家族構成と健康状態（性別・年齢・病気など） *同居人は○でかこむ</p> <p style="text-align:center">同胞</p> <p>頼りにしている人 () 患者を世話する人 () 子供の世話をする人 ()</p>	看護上の留意点
		<p>◎生活環境</p> <p>家屋：一戸建て（居室 階） 集合住宅（ 階） エレベーター（有・無）</p> <p>◎社会的・経済的背景</p> <p>職業（仕事の内容）： 現在仕事に従事していない場合は以前の職業： 生計の基盤：本人（年金・貯蓄など） 職業：) 家族（続柄： 職業：) 学歴：一般最終学歴（) 専門学歴（)</p> <p>◎病気が仕事・家庭に与える影響：</p> <p>◎生活習慣</p> <p>起床 () 就寝 ()</p> <p>生活上の留意点： 交替勤務：無・有 趣味： ◎介護保険サービスの利用： 無・有（介護度：要介護・1・2・3・4・5・申請中）。</p>	
X	コーピング・ストレス耐性について	<p>◎コーピングパターン（日常生活上での問題や困難な出来事に対する処理の仕方） 具体的に []</p> <p>◎ストレス：感じにくい・感じやすい 具体的に []</p> <p>◎ストレスによる心身の反応：無・有 具体的に []</p> <p>◎ストレスへの対処方法：無・有（家族・友人等の相談相手がいるかを含む） 具体的に []</p>	
XI	信仰など	<p>◎信仰：無・有（宗教：) 信仰に伴う日々の習慣：無・有 ()</p> <p>◎生きがいや信念など</p>	
記載者・聴取者（患者・家族)		記録者	① / ② /

病 態 情 報

氏名 _____

年齢 _____

歳

No. _____

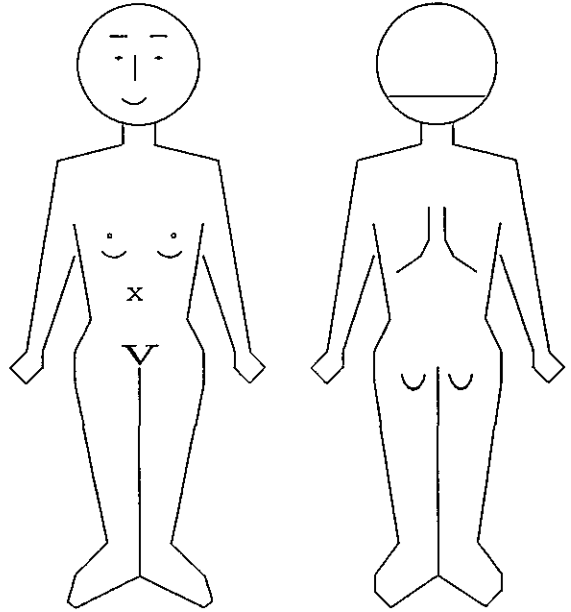
医師・外来カルテ・前回入院カルテ・紹介状などからの情報

最新の検査データ
(X P 所見・エコー・CT・MRI・血液生化学値など)

身体的な特徴及び障害

前

後



治療方針

その他

月 日 褥瘡予防対策：入院時アセスメント

褥瘡の有無 あり 無し

日常生活自立度 A B C D

予防対策の要否 あり 無し

看護婦の受けた印象：

PNs 受け持ち看護婦の役割についてどのように説明したか：

患者の反応

記載者署名

/

/

/

看護方針と問題リスト

氏名

年齢

歳

No.

看護方針

問題リスト

開始日 サイン	活 動 性	解決日 サイン	開始日 サイン	非 活 動 性	解決日 サイン
			月日	目次 (再アセスメント・中間サマリー カンファレンス)	ページ
開始日 サイン	一 時 的 問 題				解決日 サイン

再診予定日： 科 年 月 日
科 年 月 日

御中

看護情報提供書

ID番号 (- -)

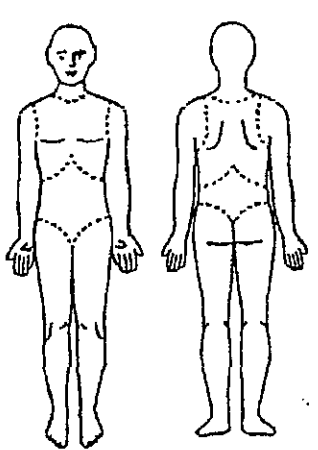
平成 年 月 日

ふりがな			生年月日 M・T・S・H	診療科	科
氏名	男 女	年 月 日 歳		主治医	医師
住所					家族構成 ・キーパーソン ・主たる介護者 ・同居家族
電話番号	() -	主な介護者			
入院期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
制度利用	・介護保険 (未申請・申請中・認定済) ・身体障害者手帳 無・有 () 級		・要介護度 不明 (支援・1・2・3・4・5) ・その他 ()		

在宅・転院に向けての患者様への説明

ADL 状 況	*NANDA 機能分類に基づく (右記)				0 = 完全に自立
	食事	移動	内服		1 = 器具または装具の使用が必要
	排泄	保清	コミュニケーション		2 = 援助・監視・教育のため他者の援助が必要
					3 = 他者の援助と器具や装具が必要
					4 = 全面的に依存、活動に参加しない

入院目的と経過

看護問題 (看護診断)	看護ケア (指導・援助方法)	カテーテル挿入部...最終交換日 (✓) 処置部・麻痺部など
		

継続する医療行為 (物品入手方法・医療機器の種類・在宅療養指導管理料適応の有無など)

備 考

〒228-8555 相模原市北里1-15-1
北里大学病院 病棟 Tel 042-778-____

情報提供用紙のお問い合わせは、右にお願い致します。 記載者： 看護係長：

総合相談部担当者：

私は上記の内容について _____ に情報を提供することに同意いたします。

平成 年 月 9 日 署名 (続柄：)

入院・看護総括

病棟名

科名

入院期間	年	月	日～	年	月	日
転入月日	年	月	日	外来名	再診予定日	月 日
転科月日	年	月	日	専門外来名	外来担当医	
手術月日	年	月	日	外来での継続看護	要・不要	(転院)

診断名

術式

入院の目的または理由

看護目標・方針

入院中の看護経過

退院指導および患者状況

退院時指導	本人	家族	コメント	セルフケア状況	全面介助	一部介助	自立
食事				食事			
運動				排泄			
服薬管理				移動			
創処置				更衣			
糖尿病に関する指示			栄養相談・DM教室・自己注射	清潔			
				内服薬			
退院時の状態・障害の程度				社会的情報			
皮膚 四肢 排泄 感覚・コミュニケーション (視覚, 聴覚, 言語, 意識など)				1)同居人 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/>			
コメント				2)家族の支援体制 家族 () 地域資源 ()			
				3)経済的状況もしくは問題			
				4)その他 (病気の受けとめなど)			
外国人-日本語 (わかる・わからない) 母語 (語)							

転 帰： 治療・軽快・不変・悪化・死亡・その他 ()

残された問題：

継続看護の要点：

看護の評価：目標の達成度 (達成された・やや不十分・不十分)

その理由：

記録月日： 月 日 記録者サイン： 病棟責任者サイン：

(外来カルテ用)