

二一ス整理表

| | | | | | |
|----------------|----|----|--|---|---|
| 領域II 健康 | 職員 | 新規 | 意識消失発作が出る恐れがあるため、観察が必要。小さな変化も見逃さずナースに繋ぎ、早期発見をする。便秘のため3日目に坐薬に手対応している。 | 意識消失発作が以前にあったので、現在は落ち着いているが、いつ発作があるかわからないので気をつけていく。 | ○ |
| 領域VII 家族とのつながり | 職員 | 継続 | 平成14年3月に母なくなれたが家族の希望で、本人には伝えていない。義嫁が2ヶ月に1回くらい面会に来ている。安否の電話も入る。 | | |
| 領域VI 社会参加、余暇活 | 職員 | 新規 | 天気の良い日は屋外で外気浴をかねて水分補給をおこなない、散歩を行ない過ごしていただ | | |
| 領域VI 社会参加、余暇活 | 職員 | 継続 | 発作があるため外出外泊については制限されている。 | | |
| 領域V 社会生活技能 | 職員 | 継続 | こづかいについては、施設管理とし、毎月5000円銀行からおろしており喫茶フルレークの利用や、買い物注文にて水分補給時のジュースを購入して、差額は銀行に月末入金している。その他のものについては、その都度銀行からおろして施設管理とする。 | | |
| 領域IV コミュニケーション | 職員 | 継続 | テレビなどを見ていただき表情の変化の読み取りに注意する | | |
| 領域III 日常生活活動 | 職員 | 継続 | ナースの指示にてセンナ茶飲用、レシカル坐薬挿入し、必要に応じて排便を施行している。情緒不安定なこともあるので21時からの排泄介助は先に行ない、精神の安定を図る。 | | |
| 領域III 日常生活活動 | 職員 | 継続 | 副食は小刻みにて対応し、水分摂取はシリコンコップ、吸い飲み使用 | | |
| 領域III 日常生活活動 | 職員 | 継続 | 口をすすぐことが出来ないの、練り歯磨きは使用せずインジゲンガーゲルの薄め液を歯ブラシにつけてうがい代わり流水を流すようにしてすすぎ、誤嚥に注意する。 | | |
| 領域III 日常生活活動 | 職員 | 継続 | 体温調節が出来にくいので衣類の調節が必要 腕の曲げ伸ばしがしにくいので上着の着脱事注意が必要 足が曲がらないのでスポン等の着脱は注意が必要 | | |

二一ス整理表

| | | | | | |
|----------|----|----|--|--|--|
| 領域Ⅱ 健康 | 職員 | 継続 | 体重減少しないように水分補給時に高カロリージュース、ゼリーなどを補っている。便秘症にて座薬を3日目に対応している。ナースの指示にてセンナ茶を2日目のよる飲用するときもある。 食べたくない時は口に貯めるときもある。泌尿器科より指示で水分をたくさん飲むように指示が出ているので、1回の分量として400cc飲用していただくようにしている。 褥瘡は現在はないが、瘻せていて出来やすいので2時間毎の体位交換の徹底(夜間は介助マット使用にて自動体位交換実施中)、離床の継続、ハンドタオルを、拘縮している手の中に持ってもらう、皮膚病を予防している。 車椅子が長く夜間同室者との兼ね合いで居室において置けず廊下に出している。 食事介助に時間がかかっていた為、早食のメンバーだったが現在は解消している。 | | |
| 領域Ⅱ 健康 | 職員 | 継続 | | | |
| 領域Ⅰ 生活環境 | 職員 | 継続 | | | |

フエースシート

| | | | | | | | | |
|--------------------|-----------|-------|-----------------------|---------------------------|------------------|------|------|--|
| 氏名 | F.T | | 生年月日 | 昭和 13 年 4 月 17 日 (64 歳) | | | | |
| | 6 男 | 7 女 | 利用開始 | 昭和 11 年 2 月 17 日 (利用機関) | | | | |
| 出身市町村 S市T町 1 - 274 | | | | | | | | |
| 障害の状況 | 障害者手帳 | 障害名 | 脳出血による音声言語機能障害、右上肢機能著 | 等級 | 2 級 | 重複障害 | 高血圧症 | |
| | 障害の起因 | 障害の原因 | 疾患・受傷病名 | 障害の内容 | | | | |
| | h14 年 (頃) | 疾患 | 事故 | 脳出血後遺症 | 脳出血による音声言語機能障害、右 | | | |
| | 年 (頃) | 疾患 | 事故 | | | | | |
| おもな生活歴 | 年 (頃) | 疾患 | 事故 | | | | | |
| | S28 年 3 月 | N | 中学校卒業 | H4 年 9 月 | 0病院入院 | | | |
| | 年 4 月 | T | 社就職 | 年 月 | | | | |
| | S53 年 月 | | 離婚 | 年 月 | | | | |
| 使用している福祉用具 | S54 年 7 月 | A | タクシー会社就職 | 年 月 | | | | |
| | H4 年 2 月 | | 退社 | 年 月 | | | | |
| 下腿補装具 | | | | | | | | |

領域 I 生活環境

| | | |
|-------|-------|--|
| 1.住環境 | ①行動範囲 | <input type="checkbox"/> 広がり <input type="checkbox"/> 安全性 <input type="checkbox"/> 自由さ <input type="checkbox"/> 温度・湿度調整 |
| | ②居室 | <input type="checkbox"/> 広さ <input type="checkbox"/> 居室替え <input type="checkbox"/> 収納設備 <input type="checkbox"/> 私物の量 <input type="checkbox"/> 音 <input type="checkbox"/> 匂い <input type="checkbox"/> 照明 <input type="checkbox"/> 換気 <input type="checkbox"/> 防虫 <input type="checkbox"/> 同室者・人数 <input type="checkbox"/> 間仕切り <input type="checkbox"/> カーテン <input type="checkbox"/> インテリア <input type="checkbox"/> 利便性(居室の場所) |
| | ③食堂 | <input type="checkbox"/> 食事の場所 <input type="checkbox"/> インテリア <input type="checkbox"/> 食事時の雰囲気 <input type="checkbox"/> 食事時間 <input type="checkbox"/> 適温配膳 <input type="checkbox"/> 食器類 |
| | ④トイレ | <input type="checkbox"/> 清潔さ <input type="checkbox"/> 安全性 <input type="checkbox"/> 近接性 <input type="checkbox"/> 排泄器具 <input type="checkbox"/> 利便性(待たずにできる等) |
| | ⑤睡眠環境 | <input type="checkbox"/> ベッドメイキング <input type="checkbox"/> 音や声 <input type="checkbox"/> 照明 |

領域 I 生活環境

【特記事項】

☐ 新規

☐ 継続

【利用者の希望や思い】

～したい、
～に困っている

【本人の状況とその環境】

気になること、
気づいたこと

領域 I 生活環境

| 2. プライバシー | |
|-----------|--|
| ①設 備 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 25%;">建物や設備</div> <div style="width: 70%;"> <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 </div> </div> |
| ②介 助 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 25%;">介護の様子</div> <div style="width: 70%;"> <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 </div> </div> |
| ③性 | <input type="checkbox"/> 自分の性への安堵感 <input type="checkbox"/> 恥じらいや感情の自然さ <input type="checkbox"/> 異性との交流 |
| ④見学者外来者 | <input type="checkbox"/> 自由な交流や忌避・了解 |
| ⑤呼 称 | <input type="checkbox"/> 呼称への満足度 |
| | <input type="checkbox"/> 自尊心との関係 |
| ⑥取り次ぎ | <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 手紙 <input type="checkbox"/> 意見や希望の伝達 <input type="checkbox"/> その早さ・適確さ |

領域Ⅰ 生活環境

【特記事項】

- 新規
- 継続

【利用者の希望や思い】

～したい、
～に困っている

【本人の状況とその環境】

気になること、
気づいてこと

領域Ⅱ 健康

| | |
|------------|--|
| 1. 疾病の状態 | |
| ①傷病名 | 脳出血後遺症 |
| ②留意の必要な感染症 | <input type="checkbox"/> HB(B型肝炎ウイルス) <input type="checkbox"/> HCV(C型肝炎ウイルス) <input type="checkbox"/> HIV(ヒト免疫不全ウイルス) <input type="checkbox"/> MRSA(メチシリン耐性ブドウ状球菌) <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> その他 |
| ③留意の必要な合併症 | <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿 <input type="checkbox"/> 尿路感染 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> その他 |
| ④日常生活への影響 | <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 倦怠 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 排泄困難 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 見当識障害 |
| ⑤与薬 | <input checked="" type="radio"/> 実施中 <input type="radio"/> 必要 <input type="radio"/> 必要無 |

領域Ⅱ 健康

【特記事項】

- 新規
- 継続

【利用者の希望や思い】

～したい、
～に困っている

【本人の状況とその環境】

気になること、
気づいてこと

領域Ⅱ 健康

| | | |
|----------------------|-----------------|---|
| 2. 麻痺・拘縮 不随意運動の状態 | ①麻痺 | <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右下肢 |
| | ②拘縮 | <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右下肢 |
| | ③不随意運動 | <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他 |
| | ④変形や欠損 | <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 |
| | ⑤麻痺・拘縮箇所への医学的処置 | <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 |

領域Ⅱ 健康

| | | |
|---|--|---|
| <p>【特記事項】</p> <ul style="list-style-type: none">○ 新規○ 継続 | <p>【利用者の希望や思い】</p> <p>～したい、 ～に困っている</p> <p>【本人の状況とその環境】</p> <p>気になること、 気づいたこと</p> | <div style="border: 1px solid black; height: 250px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 250px; width: 100%;"></div> |
|---|--|---|

領域Ⅱ 健康

| | | |
|---------|---|--|
| 3. 皮膚疾患 | | |
| | ①じょくそう(床づれ) | <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 |
| | ②その他の皮膚疾患 | <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 湿疹 |
| | ③処置や手入れ | <input checked="" type="radio"/> 実施中 <input type="radio"/> 必要有 <input type="radio"/> 必要無 |
| | 【特記事項】 <input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 継続 | 【利用者の希望や思い】 ～したい、 ～に困っている |

領域Ⅱ 健康

| | | |
|--|---|--|
| <p>4. 疾病への理解や対応</p> | <p>①疾病についての不安</p> | <p><input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有</p> |
| | <p>②疾病への理解</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> 良好</p> |
| | <p>③予防や治療への態度</p> | <p><input type="checkbox"/> 良好</p> |
| | <p>④職員からの説明、助言や誘導の必要性</p> | <p><input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有</p> |
| <p>【特記事項】</p> <p><input type="radio"/> 新規 <input type="radio"/> 継続</p> | <p>【利用者の希望や思い】</p> <p>～したい、 ～に困っている</p> | |
| | <p>【本人の状況とその環境】</p> <p>気になること、 気づいたこと</p> | |

領域Ⅱ 健康

| | | |
|-------------------|---|---|
| 5. 受診と検診 看護の状態 | | |
| | ①受診科目 | 歯科 |
| | 他科受診の必要性 | <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 |
| | ②定期検診 | <input checked="" type="radio"/> 健康診断 <input type="radio"/> 胸部X線 <input type="radio"/> 成人病 |
| | 他の検診の必要性 | <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 |
| | ③施設内診察の機会と内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 良好 |
| | ④通院の機会と診療内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 良好 |
| | ⑤特殊な医療処置 | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器使用 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 腹膜灌流 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他 |
| | ⑥看護体制への不安 | <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 |
| ⑦病状が変化したときの不安 | <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 | |
| ⑧医師との関係性 | <input checked="" type="checkbox"/> 良好 | |
| ⑨看護職員との関係性 | <input checked="" type="checkbox"/> 良好 | |

領域Ⅱ 健康

【特記事項】

- 新規
- 継続

【利用者の希望や思い】

～したい、
～に困っている

【本人の状況とその環境】

気になること、
気づいたこと

領域Ⅱ 健康

| | | |
|---------|--|---|
| 6. 服薬管理 | ①薬の管理 | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 職員管理 助言や誘導の必要 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 自己管理の可能性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | ②薬の服用 | <input checked="" type="checkbox"/> 順調に服薬 <input type="checkbox"/> 欠かしがち 服用介助の必要 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| | ③服薬の指導、助言 | 必要の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | ④薬物アレルギー | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| | 【特記事項】 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 | 【利用者の希望や思い】 ～したい、 ～に困っている 【本人の状況とその環境】 気になること、 気づいたこと |

領域Ⅱ 健康

| | | |
|--------------|--|---|
| 7. 体力 | ①体重の様子 | <input checked="" type="radio"/> 安定 <input type="radio"/> 増 <input type="radio"/> 減 |
| | コントロールの必要性 | <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 |
| | ②顔色 | <input checked="" type="checkbox"/> 良好 |
| | ③日常活動や運動の様子 運動量増・減の必要性 | <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 |
| ④からだの抵抗力への心配 | <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 <input type="checkbox"/> かぜ <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> その他 | |

領域Ⅱ 健康

【特記事項】

- 新規
- 継続

【利用者の希望や思い】

～したい、
～に困っている

【本人の状況とその環境】

気になること、
気づいたこと

領域Ⅱ 健康

| | | |
|---------|----------|--|
| 8. 栄養管理 | ①体型 | <input checked="" type="radio"/> 肥満型 <input type="radio"/> 標準 <input type="radio"/> 痩せ型 |
| | ②治療食の必要性 | <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 理由 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎炎 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> その他 制限食 <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 糖分 <input type="checkbox"/> 脂肪分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他 カロリー制限 本人の理解 <input type="checkbox"/> 良好 |
| | ③流動食の必要性 | <input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無 方法 <input type="radio"/> 経口流動食 <input type="radio"/> 経管栄養食 <input type="radio"/> 鼻腔 <input type="radio"/> 口腔 <input type="radio"/> 胃ろう 頻度 <input type="radio"/> 常時使用 <input type="radio"/> 時々使用 本人の理解 <input type="checkbox"/> 良好 |
| | ④配膳時の工夫 | 主食 <input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 全粥 <input type="radio"/> 8分粥 <input type="radio"/> 5分粥 <input type="radio"/> 3分粥 <input type="radio"/> 多め <input checked="" type="radio"/> 標準 <input type="radio"/> 少なめ |

領域Ⅱ 健康

| | | |
|-----------------|-------|---|
| | 副食 | <input type="radio"/> 普通 <input checked="" type="radio"/> 粗きざみ <input type="radio"/> 小きざみ <input type="radio"/> ミキサー |
| | 量の制限 | <input type="radio"/> 多め <input checked="" type="radio"/> 標準 <input type="radio"/> 少なめ |
| | | <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 |
| | 本人の理解 | <input type="checkbox"/> 良好 |
| ⑤三食以外での栄養補給の必要性 | | <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 |
| ⑥嚥下 | | <input checked="" type="radio"/> できる <input type="radio"/> 見まもりが必要 <input type="radio"/> できない |
| ⑦咀嚼 | 歯の状態 | <input checked="" type="radio"/> できる <input type="radio"/> 見まもりが必要 <input type="radio"/> できない |
| | | <input type="radio"/> ある <input checked="" type="radio"/> 少しある <input type="radio"/> 総入れ歯 <input type="radio"/> ない |
| ⑧食物アレルギー | | <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 |
| ⑨便秘 | 対応の状態 | <input type="radio"/> 毎日 <input type="radio"/> 規則的 <input type="radio"/> 不規則 <input checked="" type="radio"/> 便秘がち <input type="radio"/> 下痢ぎみ |
| | | <input type="checkbox"/> 良好 |
| | | 緩下剤服用 |
| ⑩食欲 | ムラ | <input type="radio"/> 旺盛 <input checked="" type="radio"/> 標準 <input type="radio"/> 小食 |
| | | <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有 |
| | | 野菜類等の偏食ある |
| 分量の増減の必要性 | | <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 有 |