**本人および家族の基本情報**　　　　　　　　　　　　　　 提出年月日：　　　年　　月　　日

1）療養者本人　学校名　　　　　　　　　　　学生番号　　　　　　　氏名

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 療養者名(　　　　)　性別　　　年齢　　歳代 | | | | | | 主疾患名： | | | |
| ＜療養者の状況＞  現病歴、現在の治療状況  ADLなど身体状況  (移動、食事、排泄、入浴、更衣、睡眠、障害などの特記事項)  IADLの状況  （買い物、食事の準備、家事、移送の形式、服薬管理等） | | | | | | | ＜既往歴＞  アレルギー　無・有（　　　　　　　　　　　　　　　）  感染症　無・有（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ＜医療機関・主治医＞ | | |
| ＜保険の種類＞  介護保険・医療保険・その他（　　　　）  ＜要介護度＞　（　　　　　　）  ＜日常生活　　自立・J・A・B・C  　自立度等＞　自立・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・M  ＜身障者手帳＞　無・有（　　種　　級） | | |
| **＜**訪問看護利用のきっかけ・目的＞ | | | | | | | ＜利用している社会資源＞   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 曜日 | A　M | P　M | | 月 |  |  | | 火 |  |  | | 水 |  |  | | 木 |  |  | | 金 |  |  | | 土 |  |  | | 日 |  |  |   その他： | | |
| ＜1日の過ごし方＞（主な日課等時間とともに記入）  起床　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 就寝 | | | | | | | ＜ご本人の希望・在宅療養に対する思い＞ | | |
| 2）家族構成 | | | | | | | | | | |
|  | 氏名(記号) | 年齢 | 性別 | 続柄 | 職業 | | | 現在の健康状態 | 同・別居 | |
| 1 |  |  |  |  |  | | |  | 同・別居 | |
| 2 |  |  |  |  |  | | |  | 同・別居 | |
| 3 |  |  |  |  |  | | |  | 同・別居 | |
| 4 |  |  |  |  |  | | |  | 同・別居 | |
| 3）環境について | | | | | | | | | | |
| 住環境（住宅の種類、居室の状況、間取り、住宅改修など） | | | | | | | 地域環境（交通の便、生活の利便性など周囲の環境） | | | |