

記載・入力のポイント

看護サマリー(回復期)

|              |   |  |       |                                      |                       |             |
|--------------|---|--|-------|--------------------------------------|-----------------------|-------------|
| 施設名          |   | 提出先施設名を記載  |       |                                      | 作成日                   | 作成日は自動入力される |
| ふりがな         | 性別  | 生年月日   | 年齢    | 入院期間                                 |                       |             |
| 氏名           |   | 年 月 日  |       | ~                                    |                       |             |
| 住居           | 入力:プルダウンで選択   | 手書き:T・S・Hのいずれかを記載<br>入力:プルダウンで選択   |       | 入力:「西暦/月/日」を入力すると<br>HOO.O.O形式で表示される |                       |             |
| 同居者の有無       | 同居者名  | キーパーソン   | その他   |                                      |                       |             |
| TEL          |   | 続柄   | 感染症   |                                      |                       |             |
| 緊急連絡         | ①   | 続柄   | アルコール | 本/日                                  |                       |             |
|              | 手書き:有・無を記載<br>入力:プルダウンで選択   | 続柄   | 喫煙    | 身長                                   | cm                    | 体重          |
| 社会資源         | 介護認定の有無   | 判定   | 障害者手帳 | 判定                                   | 利用事業所名                | 種類や量を記載     |
| 診断名          | 手書き:要支援1~2や要介護1~5を記載<br>入力:プルダウンで選択   |  |       | 手書き:1~6を記載<br>入力:プルダウンで選択            |                       |             |
| 入院中の経過(看護経過) | 転院の原因となる主病名を優先して記載  |  |       | どのような治療ケアを受けたか、わかりやすく記載              |                       |             |
| 残された問題       | 看護上の問題に重点をおいて記載   |  |       | 病気についての説明と受け止め方及び要望                  |                       |             |
|              | 麻痺の部位を記載  |  |       | 本人                                   | 本人に確認不可の場合は家族からの情報を記載 |             |
| 日常生活         | 活動  | 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )                                     |       |                                      | 具体的な看護ケア              |             |
|              |   | 寝返り <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> つかまればできる <input type="checkbox"/> できない |       |                                      |                       |             |
|              |   | 坐位 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> できない     |       |                                      |                       |             |
|              |   | 移乗 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> できない     |       |                                      |                       |             |
|              |   | 起き上がり <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えが必要 <input type="checkbox"/> できない  |       |                                      |                       |             |
|              | 食事  | 摂食行動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助      |       |                                      | 助                     |             |
|              | 嚥下状態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                               |  |       |                                      |                       |             |
|              | 食種 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻                                    |  |       | kcal                                 |                       |             |
|              | 食事形態 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻                                  |  |       | ガー <input type="checkbox"/> パースト     |                       |             |
|              | 経管栄養 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )  |  |       | 義歯の種類を記載                             |                       |             |
| 排泄           | 排泄行動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                               |  |       |                                      |                       |             |
|              | 種類 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ                               |  |       |                                      |                       |             |
|              | <input type="checkbox"/> バルンカテーテル _____ Fr 次回交換日 /  |  |       |                                      |                       |             |
|              | 最終排便日 /   |  |       |                                      |                       |             |
| 清潔           | 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                 |  |       | 最終入浴日を記載                             |                       |             |
|              | 口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                               |  |       |                                      |                       |             |
|              | 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                 |  |       |                                      |                       |             |
| 意思疎通         | <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ( )  |  |       |                                      |                       |             |
| 精神面          | <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 ( ) |  |       |                                      |                       |             |
| 退院指導         |   |  |       |                                      |                       |             |
| 医療処置         |   |  |       |                                      |                       |             |

施設名

記載者

責任者

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。

署名

本人・本人との続柄