

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 入力:プルダウンで選択		入力:「西暦/月/日」を入力すると 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	続柄	続柄	続柄	続柄
緊急連絡	①	手書き:有・無のいずれかを記載 入力:プルダウンで選択	手書き:有・無のいずれかを記載 入力:プルダウンで選択	手書き:有・無のいずれかを記載 入力:プルダウンで選択	手書き:有・無のいずれかを記載 入力:プルダウンで選択	手書き:有・無のいずれかを記載 入力:プルダウンで選択
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 入力:プルダウンで選択			手書き:1~6を記載 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		
	本人	麻痺の部位を記載		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	
	食事	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			
	排泄	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			
		摂食行動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
嚥下状態		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ				
清潔	食種	<input type="checkbox"/> パルンカテール _____ Fr 次回交換日 /				
	食事形態	最終排便日 /				
意思疎通	経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻				
	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	義歯の種類を記載			
精神面	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 最終 /	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				
退院指導	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 ( )				
医療処置	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 ( )				
	精神面					

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