

看護サマリー(回復期)

施設名

作成日

ふりがな				性別	生年月日		年齢	入院期間			
氏名					年	月	日	～			
住所								アレルギー	内容		
								食品			
同居者の有無	同居者名				続柄						
TEL				キーパーソン							
緊急連絡先	①				続柄	自宅					
						携帯					
	②				続柄	自宅	感染症				
						携帯	飲酒				
						喫煙	本/日				
						身長	cm	体重	kg		
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			
診断名					既往歴						
入院中の経過 (看護経過)											
残された問題								病気についての説明と受け止め方及び要望			
								本人			
								家族			
日常生活	活動	麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()							
		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						
		嚥下状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良							
	食種	<input type="checkbox"/> 一般食	<input type="checkbox"/> 特別食								
	食事形態	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> キザミ	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> ペースト	kcal				
	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 ()								
排泄	排泄行動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助							
	方法	<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	/					
	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

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。

責任者

署名

本人・本人との続柄