

記載・入力のポイント

看護サマリー(急性期)

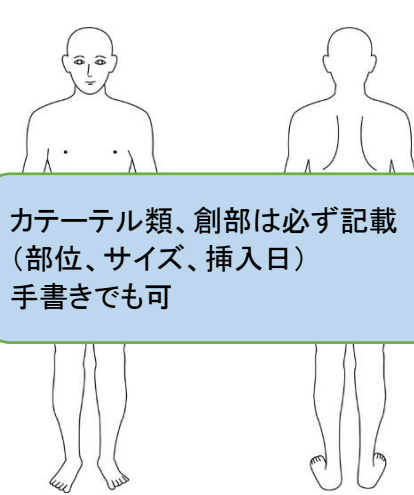
作成日は自動

転院先医療機関 :

提出先施設名を記載

作成日

性別		生年月日		年齢	入院期間	
		年 月 日			~	
住所		キーパーソン		その他		
手書き: T・S・Hのいずれかを記載 入力: プルダウンで選択		続柄	白空	感染症		
緊急連絡先		続柄	白空	酒	本/日	
①		続柄	白空	煙		
②		携帯		身長	cm	体重 kg
診断名		既往歴		種類や量を記載		
転院の原因となる主病名を優先して記載						
入院中の経過(看護経過)		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			
		移動	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立			
	食事	動作	<input checked="" type="checkbox"/> 全介助	□の部分: 該当箇所を選択し <input checked="" type="checkbox"/> チェックボックスをクリックする		
		形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ゼリー			
	排泄	動作	<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"/> 導尿			
		<input type="checkbox"/> バルーン	最終排便日	/		
清潔	動作	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立				
	方法	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 入浴				
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可				
退院時行っている医療処置		継続しなければならない手順・注意点も記載				
備考		患者の日常生活に必要な持参品・装着品(補聴器・義歯等)がある場合は記載				



カテーテル類、創部は必ず記載(部位、サイズ、挿入日)  
手書きでも可

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

