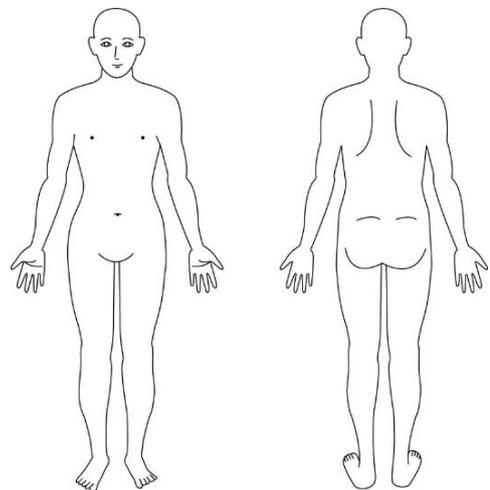


看護サマリー(急性期)

転院先医療機関：

作成日

ふりがな				性別		生年月日	年 月 日	年齢		入院期間	～	
氏名												
住所									アレルギーの有無		内容	
									食品			
									薬品			
TEL				キーパーソン				その他				
緊急連絡先	①			続柄	自宅			感染症				
					携帯			飲酒				
	②			続柄	自宅			喫煙		本/日		
					携帯			身長	cm	体重	kg	
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									
		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 type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 自立									
		形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 流動 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> 注入 <input type="checkbox"/> 絶食									
	排泄	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"/> 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												
備考												



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