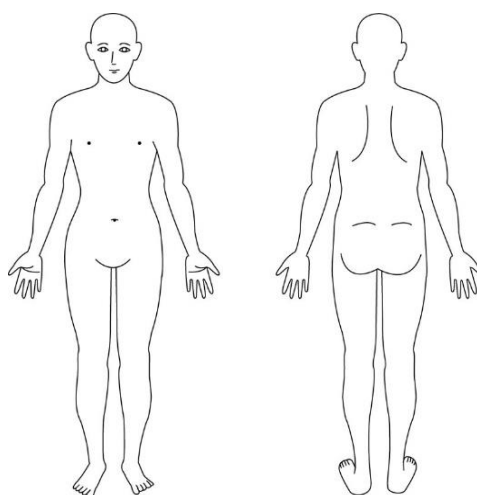


看護サマリー(急性期)

転院先医療機関 : _____

作成日 _____

ふりがな	性別	生年月日	年齢	入院期間				
氏名		年 月 日		~				
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 _____