

看護サマリー(在宅用)

施設名	記載、入力のポイント										作成日	作成日は自動入力される										
ふりがな	提出先施設名を記載										入院年月日											
氏名	年 月 日										~											
住所	手書き:T. S. Hのいずれかを記載 入力:プルダウンで選択										ア 食 薬	入力:「西暦/月/日」入力するとH 〇〇、〇〇形式で表示される										
同居者の有無	同居者名										その他											
TEL											結核	自定										
緊急 連絡先	①	手書き:有無を選択 入力:プルダウンで選択									薬症											
	②										飲酒	種類や量を記載										
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							喫煙	本/日									
診断名	手書き:介護度を記載 入力:プルダウンで選択										身長	cm	体重	kg								
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										携帯											
残された 問題	看護上の問題に重点を置いて記載										本人に確認不可の場合は家族からの 情報を記載											
生活自立度	<input type="checkbox"/> J 1	<input type="checkbox"/> J 2	<input type="checkbox"/> A 1	<input type="checkbox"/> A 2	<input type="checkbox"/> B 1	<input type="checkbox"/> B 2	<input type="checkbox"/> C 1	<input type="checkbox"/> C 2					参考資料の図1,2を参照									
認知症自立度	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M														
	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子/在宅での留意点																	
食事					嚥下状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	咀嚼状況	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	注意障害	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無									
					主食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> かゆ	<input type="checkbox"/> 重湯													
					副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟菜	<input type="checkbox"/> 刻み	<input type="checkbox"/> ペースト	<input type="checkbox"/> トロミ												
					食事方法	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> 自助具	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう												
口腔清潔					制限	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (内容: <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他)															
					義歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 上	<input type="checkbox"/> 下	<input type="checkbox"/> 全部	<input type="checkbox"/> 部分	自己管理	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可									
移動					手引き	<input type="checkbox"/>	杖	<input type="checkbox"/>	歩行者	<input type="checkbox"/>	車椅子	<input type="checkbox"/>	シルバーカー	<input type="checkbox"/>	ストレッチャー	<input type="checkbox"/>	装具・補装具	<input type="checkbox"/>				
起居					可	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	立位保持	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可											
					可	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>	床がらみ 立ち上がり	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可											
入浴 (洗身)					洗身	<input type="checkbox"/> 不可	<input type="checkbox"/> 行っていない	留意点														
更衣					入浴制限	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (内容: <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他)															
排泄					トイレ	<input type="checkbox"/>	ホータルトイレ	<input type="checkbox"/>	尿器	<input type="checkbox"/>	尿道留置カテーテル	<input type="checkbox"/>	失禁	<input type="checkbox"/>	下剤使用	<input type="checkbox"/>	洗腸	<input type="checkbox"/>				
					オムツ	<input type="checkbox"/>	常時	<input type="checkbox"/>	夜間のみ	<input type="checkbox"/>	リハビリパンツ	<input type="checkbox"/>	常時	<input type="checkbox"/>	夜間のみ	<input type="checkbox"/>						
服薬管理					1回配薬	<input type="checkbox"/>	1日配薬	<input type="checkbox"/>														
睡眠					良眠	<input type="checkbox"/>	時に不眠	<input type="checkbox"/>	不眠	<input type="checkbox"/>	睡眠剤使用	<input type="checkbox"/>	その他									
					睡眠時間									住宅改修	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 (内容:)						
意思疎通					可	<input type="checkbox"/>	不可	<input type="checkbox"/>						福祉用具	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要 (内容:)						
認知・ 精神面					精神状態(疾患)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()						徘徊	<input type="checkbox"/>	介護への抵抗	<input type="checkbox"/>	焦燥・不穏	<input type="checkbox"/>	攻撃性	<input type="checkbox"/>	幻視・幻聴	<input type="checkbox"/>
					昼夜逆転	<input type="checkbox"/>	大声を出す	<input type="checkbox"/>	妄想	<input type="checkbox"/>	暴力	<input type="checkbox"/>	その他()									
リハビリ等					リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()	回/週、内容:						運動制限	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (内容:)						
					麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	<input type="checkbox"/> その他()											
					拘縮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input type="checkbox"/> 股関節	<input checked="" type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> その他()											
必要な 医療処置					褥瘡処置	<input type="checkbox"/>	点滴・注射	<input type="checkbox"/>	経管栄養	<input type="checkbox"/>	吸引	<input type="checkbox"/>	HOT	<input type="checkbox"/>								
					気管カニュー	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器	<input type="checkbox"/>	腎瘻・尿管皮膚瘻	<input type="checkbox"/>						具体的 内容	継続しなければならない手順、 注意点を記載					
介護情報					一人暮らし	<input type="checkbox"/>	同居	<input type="checkbox"/>	家族の支援体制	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有						退院指 導	誰に何をどの程度指導したか簡潔に記				
					家族が実施するケア状況	誰が何をケアするのかを記載																

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