

看護サマリー(在宅用)

記載例

施設名 ○○地域包括支援センター

作成日 平成29年3月15日

ふりがな	なら 太郎		性別	生年月日		年齢	入院期間												
氏名	奈良 太郎			S 17 年 6 月 4 日			H28.3.15 ~ H29.3.15												
住所	檀原市四条町000					アレルギー	内容												
						食品	有 卵												
同居者の有無	有	同居者名	奈良 花子		続柄	妻													
TEL	0744-25-0000		キーパーソン	長男		薬品	有 ビリン系投与で発疹												
緊急連絡先	①	奈良 一郎	続柄	自宅	0744-00-0000	感染症	有 HBウイルス、HIV												
			長男	携帯	090-0000-0000	飲酒	毎日 ビール500ml×3本												
	②	大和 和美	続柄	自宅	0743-0000-0000	喫煙	有 20 本/日												
			長女	携帯	080-0000-0000	身長	168 cm	体重	60 kg										
社会資源	介護認定の有無	無	判定		障害者手帳	無	判定												
診断名	左側急性硬膜下血腫逆転			既往歴	高血圧、アルコール性肝炎														
入院中の経過(看護経過)	10月7日上記にて内頸結集除去術施行後リハビリ目的にて当院転院。理学療法士により、車いす移乗は見守りで行えるようになり、ADLは拡大し、転倒転落の予防に努めた。言語聴覚士とともに誤嚥性肺炎の予防に努め、患者、家人に口腔ケアの必要性を説明し指導した。現在はできている。					病気についての説明と受け止め方及び要望													
残された問題	・転倒転落のリスク ・誤嚥性肺炎のリスク					本人	自宅での生活を希望している												
						家族	サービスを利用し自宅生活を希望している												
生活自立度	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2											
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 checked="" type="checkbox"/> かゆ <input type="checkbox"/> 重湯													
					副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ベース <input type="checkbox"/> トロミ													
					食事方法	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input checked="" type="checkbox"/> 自助具 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう													
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	制限	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (内容: <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 部分		自己管理	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可										
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手引き	<input type="checkbox"/>	杖	<input type="checkbox"/>	歩行者	<input checked="" 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		
					その他														
起居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	起き上がり	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		坐位保持	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		立位保持	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可							
					寝返り	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		椅子からの立ち上がり	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		床からの立ち上がり	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可							
入浴(洗身)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	洗身	<input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 行っていない		留意点	左手を使用し、出来る範囲は自力で洗体										
					入浴制限	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容: <input checked="" type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他)													
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	トイレ	<input type="checkbox"/>	ホーワルトイレ	<input checked="" type="checkbox"/>	尿管	<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		
					オムツ	<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ		リハビリパンツ	<input checked="" type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ		最終排便	/							
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1回配薬	<input checked="" type="checkbox"/> 1日配薬													
睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時に不眠 <input type="checkbox"/> 不眠		<input type="checkbox"/> 睡眠剤使用		その他	住宅改修		<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 要 (内容: 手すり、スロープ)											
	睡眠時間	6時間			福祉用具		<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 要 (内容: 車椅子)												
意思疎通	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可																		
認知・精神面	精神状態(疾患)					<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		<input type="checkbox"/> 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											
	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		2回/週、内容: リハビリ(サマリー参照)		運動制限		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容:)							
	麻痺					<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他()		右下肢装具着用、右上肢三角巾保護											
	拘縮					<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> その他()													
必要な医療処置	<input type="checkbox"/> 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					具体的内容		内服は簡易懸濁しとろみ剤にて服用 服薬介助を妻に指導・実施している											
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻																		
介護情報	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 同居					家族の支援体制		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		退院指導		妻に服薬介助、管理を指導							
	家族が実施するケア状況					トイレ介助、身の回りの世話													

施設名 県立なら病院

記載者 檀原 文代

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 奈良大 花子

署名

本人・本人との続柄

公益社団法人奈良県看護協会 業務委員会 平成29年6月作成