

看護サマリー(在宅用)

施設名

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		内容			
								食品					
同居者の有無	同居者名						続柄						
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				
						携帯			身長	cm	体重	kg	
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					
診断名				既往歴									
入院中の経過 (看護経過)								病気についての説明と受け止め方及び要望					
								本人					
残された問題								家族					
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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟飯	<input type="checkbox"/> かゆ	<input type="checkbox"/> 重湯				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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()						
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<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 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他()								
起居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	起き上がり	<input 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 type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	寝返り	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	椅子からの立ち上がり	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	床からの立ち上がり	<input type="checkbox"/> 可	<input 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					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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()						
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ホーダルトイレ	<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		
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/> 最終排便	/	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	服薬管理	<input type="checkbox"/> 1回配薬	<input type="checkbox"/> 1日配薬						
睡眠	<input 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 type="checkbox"/> 要 (内容:)			
	睡眠時間				福祉用具 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (内容:)								
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		()										
認知・精神面	精神状態(疾患)				<input 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						
	<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 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				
	<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							
	<input type="checkbox"/> ストーマ				<input type="checkbox"/> 自己導尿	<input type="checkbox"/> 疼痛管理	<input type="checkbox"/> 服薬						
介護情報	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居		家族の支援体制			<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	退院指導					
	家族が実施するケア状況												

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