看護サマリー

作成年月日　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　病院　担当看護師様

■基本情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | 年齢 | | 性別 | 生年月日 | | 電話番号 |
| 氏名 | |  | ０ | | 男 | 明治・大正・昭和・平成  年　　月　　日 | |  |
| 住所 | |  | | | | 家族構成 | | |
| キーパーソン | | | | | |
| 氏名 | |  | 続柄 |  | |
| 緊急連絡先 | | | | | |
| ① | 氏名： | | 続柄 |  | |
| 電話番号： | | 公費負担等  認定情報 | 生活保護  身障　知的　精神　　　　　　　級  特定疾患（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| ② | 氏名： | | 続柄 |  | |
| 電話番号： | |

■医療および身体情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 感染症 | | なし　 Wa　 HBs　　HCV　　MRSA　　その他(　　　　　) | | | | 身長 | | | ㎝ | | 体重 | ㎏ |
| アレルギー | | なし　　あり（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 血液型 | | A　B　O　AB　　Rh(　＋　－　) | | | | | |
| 既　往　歴 | 年齢 | 疾患名 | 治療内容 | | 現況 | | 内　服　薬 | | 内　容 | | | |  |
|  |  |  | |  | | 管理者（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 現　病　歴 |  | | | | | | | | | | | |
| 疾　患　の　理　解 | 医師からの説明内容　主治医（　　　　　　　　　　　）  DNRの同意：なし　　あり　　（　挿管　　酸素投与　　心臓マッサージ　　点滴　　） | | | | | | | | | | | |
| 本人の思い | | | 家族の思い | | | | | | | | |
| (継続する問題点)  看　護　問　題 | ＃１　　　　　　：  ＃２　　　　　　：  ＃３　　　　　　：  ＃４　　　　　　： | | | | | | | | | | | |
| 最終バイタル | | KT：　　　　℃　P：　　　/分（整・不整）　BP：　　　/　　　mmHg | | | | | | 最終交換日 | | /　　（Ba・NG・その他） | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身　体　状　況 | 項目 | | | 現在の状況 | | |
| 障害高齢者の生活自立度 | | | 自立　J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1 C2 | | |
| 認知症高齢者の生活自立度 | | | 自立　Ⅰ　Ⅱａ　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M | | |
| 意識レベル | | | GCS：　　　　　　　JCS： | | |
| 麻　　　痺 | | | なし　あり（部位：　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 言語障害 | | | なし　あり（特記：　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 嚥下障害 | | | なし　あり（特記：　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 視力障害 | | | なし　あり（　左　・　右　） | | |
| 聴力障害 | | | なし　あり（　左　・　右　） | | |
| 補助具の使用 | | | 眼鏡　　　　コンタクト　　　補聴器　　　　　義歯（上　　下　）　　杖  歩行器　　　押し車　　　　　装具（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　車椅子 | | |
| 医療処置 | 自己注射　　自己腹膜還流　　中心静脈栄養（器械の使用：あり　なし　） 　経管栄養法（ 経鼻　胃ろう　腸ろう ）　　人工呼吸器管理　　　在宅酸素療法（HOT）　　　吸引　　　吸入　　　気管切開部管理  疼痛管理（器械の使用：あり　　なし　）　　 自己導尿　　　膀胱カテーテル留置　　　人工肛門管理　　人工膀胱管理  褥瘡等皮膚処置　　　ドレナージ管理　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| ＡＤＬ | 食事 | | 自立　　一部介助　　全介助　　　　　形態　（　　　　 　　　　） トロミ　（　有　　　無　） | | | |
| 排泄 | | トイレ(昼・夜)　　ポータブル(昼・夜)　　オムツ(昼・夜)　　　　排尿回数　　　　　　　　/日  最終排便　　　　　月　　　　　日　　　　　下剤　　　有（　　　　　　　　　）　　無 | | | |
| 入浴 | | 不可（最終清拭：　月　　　日）　自立　自宅介助浴　施設入浴　訪問入浴　（最終入浴　　　月　　　日） | | | |
| 移動 | | 歩行（　独歩　　杖　　歩行器　）　　　車椅子（　自走　　介助　）　　ストレッチャー | | | |
| 睡眠 | | 良　　　　　不良　　　　　　　眠剤　　　有　（　　　　　　　　）　　無 | | | |
| 意思伝達方法 | | 口頭　　　　　筆談　　　　　ジェスチャー | | | |
| 認知症 | | 中核症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　周辺症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 介護保険 | 未申請  認定済　　申請中　　変更中 | | | | 要支援　１　２  要介護　１　２　３  ４　５ | 認定期間  年　　月　　日 ～　 　年　　月　　日 |
| 居宅介護支援事業所 | 事業所名 | | | | TEL：　　　－　　　　－ | 担当介護支援専門員  様 |
| FAX：　　　－　　　　－ |
| 利用中の社会資源(名称) | 訪問 | 看護（　　　回/週　）　　介護（　　　回/週　）　　入浴（　　　　回/週　）　リハビリ（　　回/週　） | | | | |
| 入所 | 特養（　　　　　　　　　　　）　　　老健（　　　　　　　　　　　）　グループホーム（　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 短期入所 | 特養（　　　　　　　　　　　）　　　老健（　　　　　　　　　　　）　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 通所 | デイサービス（　　　回/週　　　　　　　　　　　）　　デイケア（　　　　回/週　　　　　　　　　　　） | | | | |
| レンタル | ベッド　　車椅子（普通・リクライニング）　除圧マット　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 住居 | 一戸建て（　　　Ｆ）　　　一戸建て借家（　　　Ｆ）　　　アパート・マンション（　　　Ｆ）　住宅改修　　有　　　無 | | | | | |
| 備考 |  | | | | | |

作成機関名　　　　　　　　　　　　管理者　　　　　　　　作成者氏名