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　　[x] 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