

記入日 年 月 日

看護サマリー（標準様式）

神戸市

病院・診療所名		記入者		
フリガナ氏名	生年月日	年 月 日	年齢 歳 性別	
住所	電話番号 (固定)	(携帯)		
緊急時連絡先	氏名 (キーパーソン)	続柄※	電話番号 携帯番号 備考	
	1			
2				
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請 有効期限 (年 月 日 ~ 年 月 日) 申請日 () 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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		入院先主治医 診療科:	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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			
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 予定			
病名	既往歴			
入院中の経過/予後・予測/入院中の過ごし方				
今後の医学管理	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 ① ② ③			
病気や後遺症等の受け止め/医療への意向等 (DNARの有無含)	本人	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	家族	
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔 最終交換日 __ / __) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 (処置内容:) <input type="checkbox"/> カテーテル (____ Fr 最終交換日 __ / __) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
医療・看護・リハビリの視点 (栄養状態、禁忌事項等含)			入院時体重 kg	
	自立	見守り	一部介助	
移動・移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
食事摂取 食事形態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 (<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ)
				制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 ml/日 カロリー kcal/日)
嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に) <input type="checkbox"/> 診断有 <input type="checkbox"/> ST介入有 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良				
食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎
				薬剤管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 () <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> その他 ()
眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 頓服の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
麻痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
拘縮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
褥瘡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
視力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 めがね使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声やと聞き取れる <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能 補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法:)			
認知 (短期記憶)	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし (<input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → 再度確認しても同じ答え)			
精神・心理面での療養上の留意点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> しつこく同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 特記事項 ()			