

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"/>		
義歯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
入浴の制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )				
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"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )	<input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位: )			
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )	皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )			
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 <input type="checkbox"/> 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 ( )			