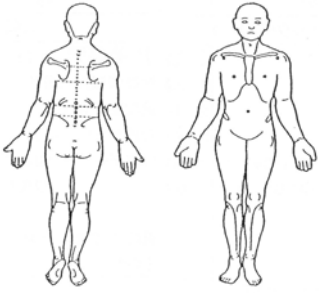


# 看護サマリー

フリガナ 氏名		男・女	生年月日	M・T・S・H	年	月	日	歳
住所	〒			TEL				
病名				感染症	有・無 ( )			
				アレルギー	有・無 ( )			
				禁忌	( )			
既往症				連絡先	①			
					②			
					③			
				家族構成				
入院まで及び入院中の経過								
退院時の問題点	日常生活状況							
	食 事	自立・一部介助・見守り・全介助 食事形態 ( ) 嚥下障害 (有・無) ムセ (有・無) 経管栄養 (鼻腔・胃瘻・腸瘻) その他 ( )						
	移 動 活 動	自立・一部介助・見守り・全介助 独歩・歩行器・杖・シルバーカー 車椅子・その他 ( )						
	排 泄	自立・一部介助・見守り・全介助 日中 (オムツ・ポータブル・尿器) 夜間 (オムツ・ポータブル・尿器) バルーン ( Fr ) 最終排便 ( )						
	保 清	洗面 (自立・一部介助・全介助) 更衣 (自立・一部介助・全介助) 入浴 (一般浴・機械浴) 最終入浴 ( )						
治療・処置内容								
特記事項	認知症	有・無 暴言・大声・介護抵抗・被害妄想 昼夜逆転・徘徊 その他 ( ) 抑制 (方法 )						
内服薬	退院時の身体麻痺・褥瘡等の状態							
								
入院年月日	年	月	日					
退院年月日	年	月	日					
最終バイタル	KT=	P=	BP=					