

B.看護連携サマリ

(作成日: 年 月 日)

施設名: _____

施設名: _____

(記入者名: _____)

<p>利用者基本情報</p> <p>氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 男・女 _____</p> <p>住所 _____ 市 _____ 町 _____ 番 _____ TEL _____</p> <p>主治医 _____ 担当看護師 _____</p> <p>入院日: _____ 年 月 日</p> <p>入院前のサービス利用: 無 有(内容: _____)</p> <p>退院後のフォローアップ: 病院外来・かかりつけ医・他(_____)</p>	<p>医療保険: 健康保険 国保 生保 労災 原爆</p> <p>介護保険: 未申請 申請中 認定済(介護度 _____)</p> <p>居宅支援事業所名(_____)</p> <p>身障手帳: 級 (障害名 _____)</p> <p>特定疾患医療給付: なし あり</p>
<p>今回の入院目的と経過(関連する対応・手術歴があれば合せて記入)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>現在の状態:</p> <p>バイタルサインズ: 日付(_____)</p> <p>血圧(_____) 体温(_____) 呼吸(_____)</p> <p>脈拍(_____ 整/不整) 最終排便(_____)</p> <p>感染症 有・無 (_____)</p>
<p>・利用者の身体状態</p> <p>寝たきり度: J・ A₁・ A₂・ B₁・ B₂・ C₁・ C₂</p> <p>麻痺: なし・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・程度(重・中・軽)</p> <p>起居・移動: 自立・一部介助・座位・起居不能・その他(_____)</p> <p>歩行: 自立・杖・歩行器・車椅子(一部全助・全介助)</p> <p>障害: 視力(程度 _____)・聴力(程度 _____)</p> <p>意志の伝達: できる・時々できる・ほとんどできない・できない</p>	<p>看護・ケア上での注意点</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>・生活支援の必要性</p> <p>排泄: 自立・オムツ・ポータブル 尿便意(有・不明・無)</p> <p>カテーテル(最後に挿入した日 _____ 交換頻度 _____)</p> <p>食事: 自立・一部介助・全介助・嚥下障害・咀嚼障害(有・無)</p> <p>食事療法(有・無) 食事形態(普通・軟・流動)</p> <p>清潔: 入浴・シャワー・清拭・口腔ケア(_____)</p> <p>更衣: 自立・一部介助・全介助</p>	<p>看護・ケア上での注意点</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>・医療処置の必要性</p> <p>褥創 注射 点滴 経管栄養 IVH</p> <p>吸引 HOT 気管カニューレ 人工呼吸器</p> <p>膀胱留置カテーテル 腎瘻・尿管皮膚瘻 ストーマケア</p> <p>自己導尿 CAPD 疼痛管理 ターミナル 服薬</p> <p>主な内服薬: _____</p>	<p>具体的内容(内服薬も含む)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>・社会的・介護力情報</p> <p>一人暮らし 同居(_____)</p> <p>家族の支援体制(有・無) 主介護者: _____ 協力者: _____</p> <p>経済的・社会的問題(_____)</p> <p>家族が実施するケア状況 _____</p> <p>その他介護についての不安: _____</p>	<p>病名・症状に対する説明と理解</p> <p>診断名: (_____)</p> <p>既往症: (_____)</p> <p>医師の説明内容・理解・受け止め方</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>・その他(次回受診予定日等)</p>	

私は上記の情報を(病院・訪問看護ステーション・その他)に報告することを承諾いたします。

署名 _____ (本人・本人との続柄 _____)