

看護サマリー

記載日：

利用者氏名			生年月日		
住所			緊急時 連絡先		
電話番号					
傷病名					
主治医	医療機関名		感染症		
	主治医氏名				
	住所				
	電話/FAX		アレルギー		
介護保険情報	居宅介護支 援事業所		ケアマネジャー		
			電話		
	要介護認定	無 有	要介護度		
既往歴			キーパーソン		
			介護者		
			家族構成		
疾患・病状に 対する説明 と理解	本人		服用中の薬	無 有	
	家族				
入院・入所までの経過					
看護上の 問題点					
継続して行っ てほしいケア					

(TEL:

FAX:

)

日常生活動作（ADL）等の状況

項目	利用者の状態			連絡事項
食事	種類		普通食 流動食 嚥下食 経管栄養 治療食 ()	
	摂取方法	経口	自立 部分介助 全介助	
		経管栄養	経管栄養 胃瘻 腸瘻 (品名:) (サイズ:) (最終交換日:)	
排泄	排泄方法		トイレ ポータブルトイレ おむつ 尿器 差し込み便器 導尿 (自己) 導尿 (他者) 膀胱留置カテーテル 腎瘻 膀胱瘻	
	排便コントロール		下剤 浣腸 摘便 その他 () (最終排便日:)	
清潔	清潔方法		入浴 シャワー浴 清拭 その他 ()	
活動	麻痺		無 有 (右側 左側)()	
	視覚障害		無 有 ()	
	聴覚障害		無 有 ()	
	移動手段		ストレッチャー 車いす 歩行器 杖 独歩 その他 ()	
意識・精神状態	状態		清明 不穏 認知症 その他 ()	
コミュニケーション	状態		問題無し 話すことができない 会話を理解できない その他 ()	
医療処置 無 有	種類		酸素療法 (液体酸素 圧縮酸素) 酸素流量 0/分 ネブライザー 吸引 気管切開 (品名:) (サイズ:) カフエア量 (ml) (最終交換日:) 人工呼吸器 () マスク式人工呼吸器 その他 ()	
ストーマケア 無 有	種類		コロストミー イレオストミー ウロストミー (交換頻度:)	
皮膚・創部管理 無 有	種類		褥瘡 創傷	
	部位・サイズ			
	処置薬剤			
	処置方法			
疼痛管理 無 有	方法		内服 パッチ 持続皮下注 その他 ()	
	薬品	薬剤名		
		使用量		
注射 無 有	種類		IVH ポート 末梢 インスリン その他 ()	
	薬剤名			
その他				

記載日:

事業所:

TEL:

管理者:

FAX:

記載者: