

訪問看護サマリー（地域⇒施設）

氏名	ふりがな	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	介護保険 <input type="checkbox"/> あり（介護度： <input type="checkbox"/> なし（対象外・申請中）
	殿	<input type="checkbox"/> 女	年 月 日	
住所	()			担当者氏名； サービス利用 ・訪問看護 ; 回/週 ・訪問介護 ; 回/週 ・() ; 回/週 ・() ; 回/週
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 通院 回/月・週 機関名 医師名 ()	<input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 通院 回/月・週 機関名 医師名 ()		
医療情報	疾患名 #1 #2 #3 #4			家族情報 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 昼間独居 <input type="checkbox"/> 同居 キーパーソン 氏名 続柄() 連絡先 ()
	現病歴と自宅療養中の経過			
	既往歴	在宅での処方内容	使用医療機器/管理	
ADL・療養状況	食 事 << <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / <input type="checkbox"/> 嚥下困難(軽度・重度) >>			看護上の問題点・継続看護内容など
	排 泄 << <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> ポータブル利用 >>			
	整 容 << <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 清拭で対応 <input type="checkbox"/> その他 >>			
	移 動 << <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 >>			

➤ ご不明な点などございましたら、下記までお問い合わせください。
➤ 退院（退所）時には、看護サマリーの発行をよろしくお願いいたします。

住 所
連絡先
担当者
管理者