

退院時看護サマリー（施設⇒地域）

ID番号

氏名	ふりがな		男・女	生年月日	明・大・昭・平		入院	平成	年	月	日	
					年 月 日 (才)		退院 (予定)	平成	年	月	日	
住所	電話番号 ()						病棟	病棟 (内線)				
								師長	担当Ns			
家族情報	家族構成		主たる介護者									
			氏名			続柄						
	住所											
	連絡先 ()											
キーパーソン		氏名									続柄	
		住所										
連絡先 ()									ケアマネジャー		事業所名	
									連絡先		担当者	
保険情報 (該当項目全てをチェックすること)												
医療情報	疾患名 ①			②			③			介護保険認定		
	現病歴と経過									<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 現在申請中 (介護度:) 障害手帳の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 現在申請中 (級 種) 障害部位: 医療保険 <input type="checkbox"/> 老人医療(70歳以上 65~70歳) <input type="checkbox"/> 国保 社保 政管 組合 共済 その他 () 本人・家族 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 特定疾患 疾患名: <input type="checkbox"/> その他 ()		
	既往歴			継続看護に関する依頼事項								
使用医療機器と機種/管理			服薬			自宅療養にむけての思い (該当箇所に○を付して下さい)						
			退院時処方			<input type="checkbox"/> 病状悪化すれば入院したい (本人・家族) <input type="checkbox"/> 将来は施設入所したい (本人・家族) <input type="checkbox"/> 最期は自宅でむかえたい (本人・家族) <input type="checkbox"/> その他 (本人・家族) ()						
			<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 服薬管理 <input type="checkbox"/> 管理要 <input type="checkbox"/> 自己で管理可									
ADL	A	歩行	<input type="checkbox"/> 独力のできる	<input type="checkbox"/> つかまり歩き	<input type="checkbox"/> 殆どできない	<input type="checkbox"/> できない						
	B	座位	<input type="checkbox"/> 普通のできる	<input type="checkbox"/> 見守り必要	<input type="checkbox"/> 支えがあれば可	<input type="checkbox"/> できない						
	C	ねがえり	<input type="checkbox"/> 普通のできる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可	<input type="checkbox"/> 一部介助要	<input type="checkbox"/> 全面介助要						
	D	食事	<input type="checkbox"/> 独力のできる	<input type="checkbox"/> 見守り必要	<input type="checkbox"/> 一部介助要	<input type="checkbox"/> 全面介助要						
	E	排泄	<input type="checkbox"/> 独力のできる	<input type="checkbox"/> 見守り必要	<input type="checkbox"/> 一部介助要	<input type="checkbox"/> 全面介助要						
	F	入浴	<input type="checkbox"/> 独力のできる	<input type="checkbox"/> 見守り必要	<input type="checkbox"/> 一部介助要	<input type="checkbox"/> 全面介助要						
	G	意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通のできる	<input type="checkbox"/> 何とか可能	<input type="checkbox"/> やっと通じる	<input type="checkbox"/> 殆ど通じない						
障害状況	H	運動障害	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()	当院受診予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 次回通院日 平成 年 月 日 () 外来							
	I	視力	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()								
	J	聴力	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()								
	K	嚥下	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()								
	L	言語	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()								
記載日	平成 年 月 日	発行機関名	()			記載者氏名	師長印					

※施設とは、「病院」「介護老人福祉施設」「介護老人保健施設」などを指す
 ※この看護サマリーは患者・患者家族のご了解のもと作成・発行したものです