

退院時要約 ①

病院名:

年 月 日

記載者:

氏名	性別		生年月日		明治 大正 昭和 平成 令和		年齢	歳			
	様		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日生					
住所	氏名		TEL		続柄						
	①		②								
身長	cm	体重	Kg		感染症・血液型						
病名	アレルギー		HBs		+・-・未		HCV		+・-・未		
			MRSA		部位:						
既往歴					その他						
入院期間	入院主治医		血液型		A・B・O・AB		Rh(+・-)				
入院中の看護要約											
継続必要な看護内容	胃瘻腸瘻	造設(交換)日	酸素		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	安静時	L	労作時	L		
		メーカー/サイズ	在宅酸素		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	会社名:					
	ストマ	造設日	気管カニューレ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	Fr・交換日					
		パウチの種類と品番	輸液		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 未梢		<input type="checkbox"/> CVカテ(挿入日) <input type="checkbox"/> CVポート(造設日)			
	Mチューブ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	Fr・交換日		吸引		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(回/日)	ペースメーカー留置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
日常生活状況及び介護状況											
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> セッティング必要 <input type="checkbox"/> 全介助										
	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 コード () 内容(主食 副食)										
	<input type="checkbox"/> 治療食 () 水分のトロミ <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無										
	【カロリー】					【特記事項】					
	【注入食の種類】					【アレルギー・禁食】()					
	【食欲】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【摂取量】 【体勢】 <input type="checkbox"/> ギャッジアップ () 度 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 端座位										
【義歯】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 部分 【自助具】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有											
排泄	排尿回数	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 導尿		回/1日	<input type="checkbox"/> ナイトバルーン		Fr				
	1日 回	<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"/> 膀胱留置カテーテル :最終交換日 月 日 Fr										
	排便回数	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ストマ		最終排便		月 日					
	回/日	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ()		<input type="checkbox"/> 全介助							
排便コントロール方法		<input type="checkbox"/> 浣腸		回/週	<input type="checkbox"/> 摘便		回/週	<input type="checkbox"/> 薬剤()		回/週	

退院時要約 ②

病院名:

年 月 日

記載者:

日常生活状況及び介護状況										
清潔	<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"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭				エアマットの有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助									
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助									
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助									
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 () <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド				抑制		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
難聴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左】補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				視力障害		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)			
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> ある程度 <input type="checkbox"/> 不可		麻痺		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 【 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他 ()					
睡眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 状態() <input type="checkbox"/> 薬剤()									
認知	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		不穏		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		徘徊		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
家族状況	キーパーソン		氏名 ()					続柄		
	主介護者		氏名 ()					続柄		
	主介護者の就労状況		<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		家族構成					
	主介護者の健康状態									
	他の介護協力者									
	家屋状況 生活環境									
利用している社会保障制度										
介護保険		<input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 申請中 月 日 <input type="checkbox"/> 未申請				介護度		要支援		1・2
ケアマネ		事業所						要介護		1・2・3・4・5
かかりつけ医					訪問看護					
身体障害者手帳		あり・なし・申請中		等級		1・2・3・4・5・6		障害の種類()		
指定難病		あり・なし・申請中		病名()						
被爆者手帳		あり・なし・未把握		特記事項						
医師の 受け止め 説明 ・										
(輸液の内容も記入)										
現在の 処方 内容										
り関 ハす びる こ と	入院中の実施状況: 理学療法・作業療法・言語療法									
連 絡 な ど 事 項										

退院時要約 ③

病院名:

年 月 日

記載者:

①②で記載しきれない場合に使用