

看護サマリー

事業所名： _____ (1/2)

作成日： _____ 年 月 日 作成者： _____

フリガナ			生年月日	年 月 日	介護度	
本人氏名	様			歳		
住所	〒			電話番号	①	
					②	

緊急連絡先 ①	フリガナ		同居・別居	住所		
	氏名	様	続柄		電話番号	①
緊急連絡先 ②	フリガナ		同居・別居	住所		
	氏名	様	続柄		電話番号	①

家族構成	主	氏名	続柄	生年月日	同別	電話番号		勤務先等
				年 月 日		①		
						②		
				年 月 日		①		
					②			

移動・歩行	屋外移動	自立・見守り・一部介助・全介助					
		独歩・杖・歩行器・押し車・車椅子					
	屋内移動	自立・見守り・一部介助・全介助					
		独歩・杖・歩行器・押し車・車椅子					
	階段昇降	自立・見守り・一部介助・全介助					
	装具						
起居動作	寝返り	自立・見守り・一部介助・全介助					
	起き上がり	自立・見守り・一部介助・全介助					
	座位保持	自立・見守り・一部介助・全介助					
	立ち上がり	自立・見守り・一部介助・全介助					
	立位保持	自立・見守り・一部介助・全介助					
食事動作	主食	ご飯・粥・ミキサー粥・パン		禁食			
	副食	常食・中間・刻み・ミキサー食・経腸栄養		アレルギー			
	食事摂取	自立・見守り・一部介助・全介助		摂取量			
		箸・スプーン・フォーク・自助具		嗜好			
	自助具						
	嚥下障害	なし・時々・あり					
	水分摂取	可・制限・トロミ・ストロー・不可					
	義歯	あり(上・下・一部)・なし					
口腔ケア	自立・見守り・一部介助・全介助						
排泄	日中	自立・見守り・一部介助・全介助					
		オムツ・トイレ・P.トイレ・尿便器					
	夜間	自立・見守り・一部介助・全介助					
		オムツ・トイレ・P.トイレ・尿便器					
	便意	あり・なし	尿意	あり・なし			
衣類	紙オムツ・リハビリパンツ・尿パッド						
トイレ形式	和式・洋式						
入浴	介助	自立・見守り・一部介助・全介助					

医療的処置	経鼻栄養・鼻腔・胃瘻・吸引・褥瘡処置・インスリン・導尿カテーテル・酸素療法・ストマ(人工肛門)・その他 ()		
主病名		服薬内容	
病歴			
		服薬方法	
視力	普通・やや悪い・人の動きがわかる程度 ほとんど見えない		
聴力	普通・やや悪い・大声が聞き取れる ほとんど聞こえない		
発語	普通・聞き取りにくい・聞き取れない		
理解力	普通・分かり難い・わからない		
麻痺	なし・あり (Br/s :)		
拘縮	なし・あり		
褥瘡	なし・あり		
皮膚疾患			
睡眠	良・不良		

備考

--