

(注) 看護サマリーは統一様式がないため、  
病院によって様式が異なります。

## 看護サマリー

依頼先 御中 依頼元 ( 病棟 )  
私は以下の情報を病院・訪問看護ステーション・ケアマネジャー・その他に報告することを承諾します。

署名 (本人・本人との続柄 )

入院日		退院日		□ 未定	
基本情報	氏名	性別	生年月日		
	住所	TEL			
	主治医	診療科:	看護師	担当看護師:	
		主治医名:		病棟師長:	
保険・認定情報	保険情報	□ 国保 □ 社保 □ 後期高齢 □ 生保 □ 労災 □ 自賠 □ その他 ( )			
	介護認定	認定期間 ( )			
	ケアマネジャー	事業所名	担当者		
	障害者手帳	□ 無 □ 有	身体: 級	療育: 級	精神: 級
特定疾患医療給付		□ 無 □ 有	内容:		
病名・感染症情報など	病名	感染症 (今回入院後)			
	発症日	C型肝炎: 最終検査日			
	既往歴	HBs抗原: 最終検査日			
		梅毒: 最終検査日			
		MRSA: 最終検査日			
		(有の場合)部位: □ 痰 □ 尿 □ 便			
		□ 血液 □ 創部			
	手術	クロスト: 最終検査日			
		(有の場合)便性状:			
		その他:			
	リハビリ	□ 有	訓練開始日		
	訓練内容				
	アレルギー薬剤	造影剤アレルギー			
	アレルギー食物	その他アレルギー			
家族情報	家族構成	キーパーソン	続柄 ( )		
		連絡先			
		介護者	続柄 ( )		
		連絡先			
		経済状況	経済的問題 □ 無 □ 有		
最終情報	他科受診	□ 無 □ 有 ( 次回 ) ( 次回 )			
	体温	℃	呼吸	/分	身長 cm 測定日
	血圧	/ mmHG	SPO2	%	体重 kg 測定日
	脈拍	/分	酸素	L/分	□ 経鼻 □ マスク 最終排便

伝えたい情報	入院中の看護経過(今後継続看護が必要な内容も記載)			
	主治医からの病状説明(入院時ではなく、最終的な病状説明)			
	病状をどう受け止めているか 本人			
	家族			
今後の生活についての本人・家族の思い(看取り・療養・リハビリ・リハビリ後の療養先など)				
生活支援の必要性	日常生活自立度	活動状況	特記事項	
	運動障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 右半身 <input type="checkbox"/> 下半身 <input type="checkbox"/> 拘縮 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 左半身		
	聴力障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 両耳 <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 補聴器(右) <input type="checkbox"/> 補聴器(左)		
	視覚障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 半盲 <input type="checkbox"/> 白杖 <input type="checkbox"/> 盲導犬 <input type="checkbox"/> 義眼(左) <input type="checkbox"/> 義眼(右) <input type="checkbox"/> 点字希望		
	言語障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 呂律障害 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 有		
	睡眠障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 睡眠薬品名( )		
	認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 長谷川式 点 <input type="checkbox"/> 未 周辺症状 危険行動予防 <input type="checkbox"/> 有	認知症生活自立度 転倒歴 <input type="checkbox"/> 有	
	食事内容		義歯 <input type="checkbox"/> 有	
	食事介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	口腔ケア介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	下剤	<input type="checkbox"/> 有		
	医療処置の必要性	経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 胃管 <input type="checkbox"/> PEG(胃瘻) <input type="checkbox"/> 経腸	
		点滴管理	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/> CV <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> PICC	
在宅酸素		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 安静時 L/分 労作時 L/分		
NPPV		<input type="checkbox"/> 有		
人工呼吸器		<input type="checkbox"/> 有		
吸引		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 回/日		
胃管カテーテル		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 Fr cm 固定 最終交換日( )		
気管カニューレ		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 Fr 最終交換日( )		
消化器ストーマ		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 最終交換日( )		
泌尿器ストーマ		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 最終交換日( )		
膀胱留置カテーテル		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 Fr 最終交換日( )		
腎瘻		<input type="checkbox"/> 有		
血液浄化		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 血液浄化日		
インスリン		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 看護師		
内服管理状況		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 看護師 管理方法		
褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 部位： 処置方法： (認定看護師による連絡票参照)※認定看護師介入なしの場合は記入			
創傷処置	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 部位： 処置方法：			