

【紹介先】
 社会医療法人社団順江会
 介護老人保健施設
 かがやきライフ江東

看護・介護サマリー

利用者名	様	入院(所)日	平成 年 月 日
生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)	男・女	介護度
住所	〒	TEL	
連絡先	① 氏名	TEL	続柄
	住所		
	② 氏名	TEL	続柄
家族構成	家族の希望		
キーパーソン	かかりつけ病(医)院 : 担当医師 : TEL		
感染症	HBs-Ag () HCV-Ab () MRSA () TPHA () 疥癬 ()		
既往歴	処方		
入院(所)中の経過	身体状況・処置内容等		

ADL	内 容		備 考
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> () 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 他() <input type="checkbox"/> 治療食()食 ()kcal 塩分()g		
移 動	歩 行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖	
	車椅子	<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	寝返り(可・不可) 立位(可・不可) つかまり立ち(可・不可)		
排 泄	日 中	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	尿意(有・無) 便意(有・無)
		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ	
	夜 間	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ	最終排便 /
	その他		
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴		最終入浴 /
整 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
更 衣	上 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	下 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
生活習慣 (趣味・特技)			
周辺症状			
視力障害	有・無	眼 鏡 (有・無)	
聴力障害	有・無	補聴器 (有・無)	
備考			

【紹介元】
 病院(施設)名

年 月 日

記入者名