

【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	20	年	月	日
生年月日	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
		住所				
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)  最終排便 /
		<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	
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

20      年      月      日

記入者名 \_\_\_\_\_