

# 看護サマリー

記入日： 年 月 日

氏名				男・女	住所	〒		
生年月日	年	月	日生	歳	TEL			
介護者情報	氏名			続柄	住所		電話番号	
	主介護者							
	家族構成	家族人数( 人)		同居人数( 人		続柄: )		
要介護度				寝たきり度			認知症の状況	
居宅介護支援事業所						TEL		
ケアマネジャー								
主治医	医療機関名				医師名			
	住所				TEL			
疾患名				既往歴				
服薬中の薬								
バイタルサイン(最新)	体温		血圧		脈拍		SpO2	
コミュニケーション								
A D L	介助量		詳細					
	食事							
	移動							
	更衣							
	清潔							
	排尿							
	排便							
その他								
医療処置	褥瘡処置		中心静脈・点滴	経管栄養	酸素療法		服薬管理	
	吸引		ストマ管理	人工呼吸器	カテーテル管理		疼痛管理	
	備考							
病状・看護の経過など								
その他								

事業所名：

管理者名：

記入者名：