

介護・看護サマリー

施設名: ○○○○施設

氏名	○○ ○○氏	様	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	入所日	平成 31 年 1 月 ○ 日
生年月日	昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	年齢	89 歳	主治医	○○Dr.	
連絡先	① 住所: ○郡○町○○3-1-2	氏名: ○○ ○○	続柄: 長女	② 住所: ○郡○町○○1-2-3	氏名: ○○ ○○	続柄: 長男
	連絡先: 0738-22-○○○○	<input checked="" type="checkbox"/> キーパーソン		連絡先: 0738-22-○○○○		○パーソン
現病歴	肺炎	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 ()	薬剤禁忌	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 ()	主治医は施設に常駐の主治医であれば主治医名を、協力医師・配置医師であれば医院・クリニック名も記入
既往歴	脳梗塞 アルツハイマー型認知症	感染症 (未把握の場合は空欄)	HB抗原 TP梅毒 その他 ()	キーパーソンにチェック		
受診までの経過						
<p>*入所時からの経過をまとめて簡潔に記入しておくことで、状態変化のみを記入すればよいことになるので、記入しておく。 ○年4月より当施設へ入所される。比較的神経質であり、痰がでるということで、常に食事前にはティッシュで何度も痰を吐き、3日間程度でティッシュを使ってしまう。また、その他のこだわりもあり、食事には梅干しを自分用に用意したりする必要がある。他者との交流はあまりないが、特にトラブルもなかった。 ○年5月に手首の訴えがありその後腫脹みられ、○○外科にて関節炎の診断を受ける。その頃から移動はほとんど全介助となっていた。 ○年7月1日の日中は変わった様子もなく食事量やADLも変わりなく過ごされていたが、夜間に発熱がT=39.6℃まで上昇、SPO2の低下もみられ、主治医に連絡、指示にて○○病院へ連絡し、救急にて受診に至る。</p>						
要介護度	<input type="checkbox"/> 区分変更中・ <input type="checkbox"/> 新規申請中	薬剤情報が別紙である場合には「有」にチェックし添付する。内容が記入できれば記入。		アレルギーや服薬管理等の必要性、一包化・粉碎などの必要性の情報を記入。		
事業所	事業所名:	現在の状況				
服薬状況	・内服薬 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 薬剤情報: <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内容: ()	・外用薬 <input checked="" type="checkbox"/> 有	(服薬における留意点等薬は手渡しで自己にて服薬可能。			
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> その他 ()	○○栄養剤を1日300cal×3回胃ろうより注注入前には必ず吸引が必要 その他の時間に吸引はほとんど必要				
食事	<input type="checkbox"/> 介助無 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【嚥下状態】 <input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 【咀嚼状態】 <input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 【食事形態】 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下調理食 <input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 【制限】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他 ソフト食、水分にもしっかりとトロミをつけている	その他であれば特記事項に内容を記入。制限があれば制限の詳しい内容。食事場所や利用福祉用具などがあれば記入 時折、食事中にむせあり。スプーンにて自己摂取されるも見守りが必要 PEG: カンガルーボタンII パンパー型 24Fr 次回交換日: /				
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 介助無 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【義歯】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	使用物品など記入				
移動	<input type="checkbox"/> 介助無 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> シルバーカー <input checked="" type="checkbox"/> 車いす	入浴状況・最終入浴日などわかれば記入する			・部屋から食堂くらいの短距離ならシルバーカーを利用して自己にて移動可能だが見守りは必要。 長距離の移動は車椅子を職員が介助して移動する。	
清潔	<input type="checkbox"/> 介助無 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	場所によって異なる場合など特記事項があれば記入				
排泄	<input type="checkbox"/> 介助無 <input type="checkbox"/> 見守り等 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ → <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ	・尿意は全くなく、オムツとパッドを使用。排便は3日に1回程度自然排便あり。 バルンカテーテル交換日: / サイズ: / 最終排便日: /				
夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠→状態: 不眠の状態や原因、頻度等を記	特別な対応やケアが必要であれば内容を記入。使用薬剤があればそれも記入				
精神・認知面	・症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有→状態: 夕方になると息子に食事を作らないと自宅に帰ろうとする行動が毎日のようにみられる。	BPSDの状態や頻度			特に注意が必要な内容やケアの方法、対応方法など記入	
意思確認	・医療に関する意思確認 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 【意思確認書の添付】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	施設入所当初より医療の意思確認書の説明を行い、記入をしておく。機会があれば確認書は見直しを行う				

作成年月日: 平成 年 月 日

作成者: