【紹介先】

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		
連絡先 ②	氏名　TEL　続柄		
	住所		
家族構成 キーパーソン	家族の希望		
	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	□ 自立　□一部介助　□全介助 □ 常食　□全粥　□(　)粥　□ミキサー　□他(　) □ 治療食(　)食　(　)kcal　塩分(　)g		
移動	歩行	□独歩　□介助　□歩行器　□杖	
	車椅子	□自操　□一部介助　□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	□自立　□一部介助　□全介助	尿意(有・無) 便意(有・無)
		□トイレ　□Pトイレ　□尿器　□オムツ　□リハビリパンツ	
	夜間	□自立　□一部介助　□全介助	
		□ トイレ　□Pトイレ　□尿器　□オムツ　□リハビリパンツ	最終排便　／
	その他		
入浴	□自立　□一部介助　□全介助 □機械浴　□シャワー浴　□一般浴		最終入浴　／
整容	□自立　□一部介助　□全介助		
更衣	上衣	□自立　□一部介助　□全介助	
	下衣	□自立　□一部介助　□全介助	
生活習慣 (趣味・特技)			
問題行動			
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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿