

# 看護要約 ①

( ID: )

フリガナ			性別	生 年 月 日		
氏 名				( 才 )		
病 名			既往歴			
主な介護者	( 続柄 )		キーパーソン	( 続柄 )		
連 絡 先	氏 名 : ( 続柄 )		氏 名 : ( 続柄 )			
	電 話	自 宅 携 帯		電 話	自 宅 携 帯	
今 回 の 入院・入所中の 経 過	入院施設		入院・入所期間	~		
残された問題点 (注意事項など)						
内 服 薬	感染症	HBV	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未	HCV	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未	
		ワ氏	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未	MRSA	<input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> 未	
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
有の場合						
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					