

看護要約 ②

(ID:)

		患者名					
麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
	右 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢						
	左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢						
拘縮	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無						
言語障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
嚥下障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
難聴	<input type="checkbox"/> 有 (補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 無						
義歯	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下)						
睡眠障害	<input type="checkbox"/> 有 (薬剤:) <input type="checkbox"/> 無						
認知障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無						
継続中の処置他							
内服薬自己管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
創処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 創 部位 () 処置の方法 ()						
ストーマ	<input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 尿						
ストーマ自己管理	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
インスリン注射	<input type="checkbox"/> 有 (種類:) <input type="checkbox"/> 無						
	朝: 単位 昼: 単位 夕: 単位 眠前: 単位						
栄養チューブ	() Fr 次回交換日 ()						
胃瘻チューブ	() Fr 最終交換日 ()						
	種類 ()						
尿道カテーテル	() Fr 最終交換日 ()						
気管カニューレ	種類 () () Fr						
	最終交換日 () 吸引 () 回/日						
留意事項							
<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> ケア時の抵抗 <input type="checkbox"/> 効ネ <input type="checkbox"/> 尿意識							
その他の特記事項							
		患者名					
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養						
	自助具 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無						
	経管栄養種類		経管栄養		白湯		
			朝	CC	CC		
			昼	CC	CC		
			夕	CC	CC		
	水分摂取 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> とろみ付き <input type="checkbox"/> とろみなし						
	とろみ濃度 溶液 () mLに () g						
	とろみ調整食品 () <input type="checkbox"/> 濃 <input type="checkbox"/> 中間 <input type="checkbox"/> 薄						
	主食名称		<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> Oj	<input type="checkbox"/> Ot	<input type="checkbox"/> 1j	
()		<input type="checkbox"/> 2-1	<input type="checkbox"/> 2-2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
副菜名称		<input type="checkbox"/> 非該当	<input type="checkbox"/> Oj	<input type="checkbox"/> Ot	<input type="checkbox"/> 1j		
()		<input type="checkbox"/> 2-1	<input type="checkbox"/> 2-2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4		
<input type="checkbox"/> 塩分 () g <input type="checkbox"/> DM (kcal) <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 肝臓							
食事その他							
排泄 昼	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	方法 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ホータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレ						
排泄 夜	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	方法 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ホータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレ						
	排便コントロール <input type="checkbox"/> 下剤 () <input type="checkbox"/> 浣腸						
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		最終排便日 ()			
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	最終入浴日						
		<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特浴					
整容							
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
更衣							
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
移動	歩行 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー						
	車椅子 <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> リクライニング						
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	起き上がり <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
	姿勢保持(座位) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (立位) <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可						
必要な情報							
記載日				記載者			
施設名				電話			