B. 連携情報票（看護サマリー）

〔　　⇒　　〕　　年　月　日（記入者　　）

利用者基本情報

氏名　　様　男・女

〒　住所　　TEL

病棟名　　主治医　　担当看護師

入院期間：　　～

退院後のﾌｫﾛｰｱｯﾌﾟ：外来主治医（　　）

開業医（　　）

緊急時連絡先

①氏名　　（続柄：　　）

電話番号

②氏名　　（続柄：　　）

電話番号

Ⅰ．身体状況

バイタルサイン：血圧（　/　mmHg）　体温（　℃）　脈拍（　　整/不整　　）　**最終排便**：

意識レベル：（　　）

感染症の有無：　無　　有（　MRSA　HB　HCV　HIV　その他　　）

麻痺：なし・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他（　　）

起居・移動：自立・一部介助（　　）・座位・起居不能

歩行：自立・杖・歩行器・車椅子（一部介助・全介助）

認知症の有無：　無　　有（　　）

視力障害：　無　　有（　　）　　**聴力障害**：　無　　有（　　）

既往歴

現病歴

看護問題

Ⅱ．生活支援

食事：自立・一部介助・全介助　**形態**：常食・粥・きざみ・ペースト・経管栄養（　　）

排泄：自立・一部介助・全介助　（トイレ・ポータブル・尿器・リハビリパンツ・オムツ・留置カテーテル）

カテーテル(シリコン・シリコンコート・フォーリー：　Fr　最終交換日　　）

清潔：自立・一部介助・全介助　（　入浴・特殊入浴・シャワー・清拭　）　最終清潔ケア実施日：

更衣：自立・一部介助・全介助

コミュニケーション：（　　）

Ⅲ．医療処置等

□褥瘡　□点滴　□HPN　□注射　□経管栄養　□吸引　□気管ｶﾆｭｰﾚ（最終交換日　　）

□HOT　□ペースメーカー　□人工呼吸器（NPPV　TPPV）　□膀胱留置ｶﾃｰﾃﾙ　□腎瘻･尿管皮膚瘻

□ｽﾄｰﾏ　□自己導尿　□CAPD　□疼痛管理(持続皮下注射･硬膜外注射を含む)　□看取り（DNR）

□服薬管理（詳細は、お薬手帳参照）

□その他（　　）

Ⅳ．社会的情報

□一人暮らし　□同居（　　）

□経済的･社会的問題（　　）

Ⅴ．介護力･家族の準備状況

□家族が実施する処置(内容･習得状況･必要物品準備状況)

その他介護についての不安：

病名･病状に対する説明と理解

診断名：患者（　　）

家族（　　）

理解や受け止め方