

# 介護と看護との連携サマリー

平成 年 月 日提出

ふりがな 氏名		男 ・ 女	生 年 月 日	M T S 年 月 日
住所	〒			
緊急連絡先	氏名 (続柄 )	家 族 構 成	☆キーパーソン  本人・家族関係等の状況 本人： 家族：	
	住所			
	Te1			
介護保険	申請中 要支援1 2 要介護 1 2 3 4 5			
かかりつけ医	名称			
	住所			
	Te1			
身障手帳等	有 ( ) ・ 無	本人・家族関係等の状況 本人： 家族：		
経済状況	年金 生活保護 その他			
既往歴				
認知症の有無	認知症状[ 有 無 ] 認知症生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			
介護サービス等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 ( ) <input type="checkbox"/> デイサービス ( ) <input type="checkbox"/> リハビリ ( ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 ( ) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( ) <input type="checkbox"/> 配食サービス ( )			
居住環境 (周辺環境)	住宅改修[ 無 有：内容 ]			
生活状況等 本人・家族の 望む暮らし など	本人： 家族： 生活状況：			
在宅での生活課題 その他特記事項				

入院前の状況	
移乗・移動	寝返り
	起き上がり
	立ち上がり
	座位
	立位
	移乗
	歩行
	移動手段
排泄	尿意 [ 有 ・ 無 ] 便意 [ 有 ・ 無 ] 失禁 [ 有 ・ 無 ]
	方法 日中 夜間
食生活	摂取方法・形態等（栄養指導の有無）
	嚥下（食べ物の飲み込み）・口腔ケア（歯磨きなど）の状態及び指導内容
清潔	入浴
	入浴制限【 有 無 】
	着替え
	整容（身なりの整え）
薬	服薬状況【 有 無 】（管理・飲み方などの注意）
	自己管理・家族管理・サービス管理
	備考：
会話等	コミュニケーション・認知・精神症状など（視力・聴力・発語など状況含む）
夜間	[ 良眠 問題あり ] 状態