記　記載日 年　　 月　　日

**連携時(****入院時****退院時****その他)**看護要約

**◎未確認部分は記入不要（わかる部分のみ記入）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **フリガナ** |  | | **ID：** | | | | | | | **本人氏名** | 男　女 | | **生年月日(西暦)**  年　　月　　日(　　　　才) | | | | | | | **本人現住所** | 〒 | | | | | | | | | **TEL** | 自宅　(　　　　　)　　　　　― | | 携帯　（　　　　　）　　　　　― | | | | | | | **入院・在宅医療期間** | 入院　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | 在宅　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | **医療機関名・科** |  | | **主治医** |  | | | | | | **診断名・手術名** |  | | | | | | | | | **血液型** | 未確認　　　ABO型( ) 　Rh型(+　 － ) | | | | | | | | | **感染症**  未確認 | HCV+ －　HBs抗原+ －　梅毒+ －（TPHA STS）　MRSA+ －（喀痰鼻腔尿創部）その他( ) | | | | | **身長** | | **体重** | | cm | | kg | | **アレルギー**  未確認 | なし　あり→薬剤(　　　　　 　　) 食物(　　　　　　　 )  その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　) | | | | | **最終測定日** | | | | 月　　日 | | | | **入院までの**  **経過**  **退院までの**  **経過** |  | | | | | | | | | **病状説明の**  **受け止め方** | **本人** |  | | | **理解状況** | | 良好不良 | | | **家族** |  | | | **理解状況** | | 良好不良 | | | |
| **特記事項** | 最終排便( 　 月　　日 )  病状悪化が予測される症状・注意点　日常生活上の制限(水分・入浴など)　 家族への指導内容  各サービスへの留意点　医療処置内容　服薬管理　安易に中止してはいけない薬(主治医に確認)  リハビリ内容　急変時の対応　その他・問題点　宗教上の特記(なし　あり) |
| **外来再診**  予約(無有)  **訪問診療** | 診療科(　　　　　　　)　受診日(　　　月　　日)　予約時間(　　　　　　)　担当医(　　　　　　　)  診療科(　　　　　　　)　受診日(　　　月　　日)　予約時間(　　　　　　)　担当医(　　　　　　　)  訪問診療医(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　(　　　　　)　　　　―  施設名　　　　　　　　　　　　　　　　部署名　　　　　　　　記載者　　　　　　責任者 | |

2024年4月改訂　　　　　　　　　　　　　＊このシートは患者、家族の同意を得て提供しています