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** | [x] 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11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