

看 護 サ マ リ ー

(ふりがな)		性別	記載日	年	月	日
氏 名		男・女	病院・施設名			
生年月日	M・T・S	年	月	日	歳	記入者名
緊急連絡先 (氏名)		(続柄)	(Tel 1)	(Tel 2)		
①	様					
②	様					
③	様					
診断名			主訴			
①						
②						
③						
④						
⑤						
既 往 歴	年齢	病名	治療状況・入院歴		内服薬	
入院までの経過						
病状説明						
から						
へ						
入院中の経過						

継続する問題点・ケア

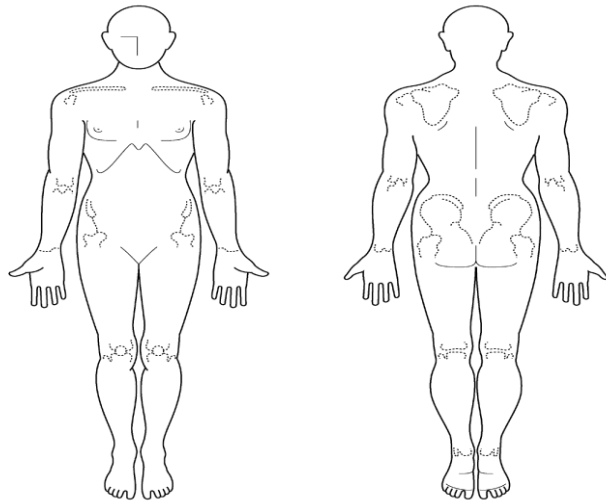
身体状況

麻痺：

褥瘡：

疼痛：

皮膚異常：



バイタルサイン（平常時）

K T：

P：

B p：

排尿回数：

/day

最終排便：

日

排便コントロール：

継続処置

気管切開：

交換

胃ろう：

交換

種類（

Fr）

在宅酸素：SpO₂

%

～

%

O₂

ℓ

～

ℓ

I V H・C Vポート：固定

cm

包交

（薬品名

）

バルーン：

Fr

交換日

ストマー：（品名

）（

cm）

インスリン：（薬品名

）朝

単位・昼

単位・夕

単位・寝る前

単位

ペースメーカー：

そ
の
他
追
記