

看護サマリーに記載をお願いしたい項目（退院前カンファレンス時に必要な情報）

1. 氏名・生年月日・年齢・性別・住所・電話番号
2. 緊急時連絡先・キーパーソン（成年後見人もしくは医療同意者の場合はその旨を続柄欄に記載）
3. 要介護度（申請状況、有効期限、要介護度）
4. 日常生活自立度（障害・認知症）
5. 入院先の主治医、診療科
6. 入院期間
7. 病名（入院原因疾患と持病が異なる場合は両方を記載）
8. 既往歴
9. 入院中の経過（治療経過）、予後予測、入院中の過ごし方
10. 今後の医学管理 <ul style="list-style-type: none"> ・外来通院、訪問診療、訪問歯科診療、訪問薬局、訪問看護、訪問リハビリ、訪問栄養食事指導 ・サービス提供者名
11. 病気や後遺症等の受け止め、医療への意向等（DNARの有無含）、病名告知の有無 本人： 家族：
12. 医療処置 点滴、中心静脈栄養、透析、人工肛門、酸素療法、人工呼吸器、気管切開、痛みコントロール、経管栄養（胃ろう、腸ろう、鼻腔）、褥瘡処置、カテーテル、喀痰吸引、自己注射、その他
13. 医療・看護・リハビリの視点 栄養状態、禁忌事項、リハビリの状況と目標や考慮すべきこと（運動制限等）など
14. ADL（自立か要介助かを明記） <ul style="list-style-type: none"> ・移動・移乗（手引き、杖、歩行器、シルバーカー、車椅子、その他） ・寝返り・起き上がり ・食事摂取・食事形態 食形態（嚥下食の場合は刻み、ソフト食、ペースト食、とろみ）、制限（塩分、水分、カロリー） 嚥下障害、咀嚼状況、食物アレルギー ・口腔ケア、義歯 ・入浴（制限の有無、シャワー浴、清拭、その他） ・更衣 ・排泄 排尿能力、排便習慣、日中・夜間（トイレ、ポータブルトイレ、オムツ、リハビリパンツ） ・服薬管理（薬剤管理、眠剤の使用、睡眠の状態、頓服の使用、処方薬） ・麻痺（部位）、拘縮（部位）、四肢欠損（部位） ・皮膚の状況（褥瘡、皮膚疾患など） ・視力、めがね使用の有無 ・聴力、補聴器使用の有無 ・意思伝達の可否（伝達方法）、認知（短期記憶）、 ・精神・心理面での療養上の留意点（幻覚・妄想、昼夜逆転、しつこく同じ話をする、大声を出す、介護への抵抗、暴言・暴力、徘徊、火の不始末、不潔行為、異食行動、性的問題行動等）