

鹿児島脳卒中地域連携ネットワーク (KASTA-DON) 看護サマリーマニュアル

項目	詳細内容	
基本情報	1. 氏名、性別、生年月日、住所	
	2. キーパーソン・主介護者の連絡先 (続柄)	キーパーソン: 決定権のある人、主介護者: 身の回りのお世話をする人、入院前の家族とのかかわり、キーパーソン・主介護者以外の連絡先
	3. 診断名、既往歴、感染症、アレルギー	
	4. 入院期間、入院までの経過、入院中の経過	ADLの変化、入院時と退院時の比較、元々のADL
	5. 内服 (医師サマリー参照)	
	6. 家族構成、キーパーソン	本人・家族の要望、リハビリ意欲、病状説明への理解、今後の希望
	7. 介護保険、認定期間、身障者手帳の	
ADL情報に関してはFIMの各項目の点数を記載する。 例: ⑩歩行: 5-1 (別紙参照)		
ADL情報	1. 食事 (摂食嚥下連携シート参照)	食事形態、食事摂取量、嗜好品、カロリー、水分のとりみ剤使用の有無、注入量・一日水分量、自助具、セッティングの必要性、嚥下状態(むせの有無)、誤嚥性肺炎の既往歴、義歯(総義歯、部分義歯)の有無、別紙FIM項目①記載又は参照
	2. 排泄	オムツ使用の有無: オムツ・リハビリパンツ、失禁の有無、具体的な介助方法、日中と夜間の排泄方法の違い、排便・排尿の頻度、便の性状、最終排便、導尿の必要性の有無、バルーンカテーテルの大きさ・交換日・サイズ・尿量・最終破棄時間 別紙FIM項目⑥⑦⑧⑩記載又は参照
	3. 移乗	別紙FIM項目⑨記載又は参照
	4. 更衣	別紙FIM項目④⑤記載又は参照
	5. 整容	別紙FIM項目②記載又は参照
	6. 入浴	最終入浴日、別紙FIM項目③⑪記載又は参照
	7. 移動・活動	別紙FIM項目⑫⑬記載又は参照
	8. 基本動作	寝返り、起き上がり、立位動作の可否と程度
	9. コミュニケーション	別紙FIM項目⑭⑮記載又は参照
	10. 睡眠・社会的認知	睡眠の状況、問題行動の内容、認知症の有無、長谷川式スケール(HDS-R)、別紙FIM項目⑯⑰⑱記載又は参照
追加項目	1. 危険行動	危険防止対策・センサー等使用の有無、ナースコールの使用の有無(押せるかそうでないか)、日中と夜間の変化の有無(あれば具体的な内容まで)、転倒歴
	2. 医療処置・ケア	点滴、皮膚の状態、褥瘡の有無、頓服薬
	3. 最終バイタルサイン、通常バイタルサイン	身長・体重(測定日・増減の有無)
	4. 特記事項 (退院後の受診予定・ワクチンなど)	感染症、アレルギー、インシュリン・BSチェックなど、胃管チューブのサイズ、交換日、造設病院、交換病院、固定、(PEGカードの添付)
	5. その他	発症から長期間経過している方・入退院を繰り返している方は経過がわかりにくい面や、もともと疎遠であった家族などは把握していないことがありわかる範囲での情報を記載する。入院前の患者像

マニュアル使用方法

- ①各病院・施設の看護サマリーに必要な項目を記載する
- ②ADL項目は別紙のFIM項目を参考に記載する
- ③別紙のFIM (エクセルシート) にFIMを記入し添付しても可能である