

往診用サマリー

更新日: 年 月 日

ID:

version3.0

事業所:

ふりがな				生年月日		歳
氏名	様					
住所	〒	電話番号			性別	
連絡先	キーパーソン 名前			本人との関係 電話番号		
	名前			続柄 電話番号		
	主治医名			かかりつけ薬局		
	訪問看護ステーション			ケアマネジャー		

主病名			既往歴							
病状										
治療状態										
服薬状況										
禁忌薬剤名										
日常生活自立度	寝たきり度	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
	痴呆の状況	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	
医療行為 装具	<input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (L/min) <input type="checkbox"/> 点滴 (ピック・CV・ポート・持続・皮下) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養装置 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃瘻・腸瘻:チューブサイズ) ・ 週に1回交換) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (サイズ) ・ 週に1回交換)									
	医療機器等	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ (種類: サイズ: ・ 週に1回交換) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式:設定) <input type="checkbox"/> ドレーン (部位:) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ()								

終末期の対応					
急変時 増悪時の対応					
特記事項					