

サマリーシート（在宅・施設⇒医療機関）

作成者

作成日

(ふりがな) 氏名	()	性別		生年月日		年齢	歳		
住所				Tel	最終学歴				
勤務先/学校/事業所				Tel	家族構成				
主な介護者	氏名 ()	続柄 ()	Tel						
緊急連絡先①	氏名 ()	続柄 ()	Tel						
緊急連絡先②	氏名 ()	続柄 ()	Tel	家屋状況	戸建て 集合住宅 () 階 エレベーター (有 無)				
緊急連絡先③	氏名 ()	続柄 ()	Tel						
生活歴									
保健・福祉 制度関係									
健康保険証種別	国保 後期高齢 協会 共済 組合			障害種別	身体	知的	発達	精神	重心
年金の有無	有 ・ 無	障害基礎	国民 厚生 遺族	障害者認定	認定なし	身体 () 種 () 級			
介護保険					精神 1級 2級 3級	知的 A1 A2 B1 B2			
出産状況	正常 異常 (妊娠 週頃)			障害支援区分	なし	1 2 3 4 5 6			
出生時体重	() g コメント ()				有効期限 (年 月 日 ~ 年 月 日)				
予防接種	A 類疾病			福祉サービス利用状況					
	ヒブワクチン 小児肺炎球菌 B型肝炎 ロタ 四種混合 三種混合 BCG MR はしか 水痘 おたふく 日本脳炎 三種混合 子宮頸がん								
	B 類疾病 及び 臨時			サービス名	支給決定量	事業所名 (Tel)			
	インフルエンザ (年 月 日)			生活介護					
	高齢者肺炎球菌 (年 月 日)			行動援護					
	コロナワクチン (期 年 月 日)			共同生活援助 (GH)					
				短期入所					
				通院介助					
障害名				施設入所支援					
疾患名				移動支援					
かかりつけ医									

生活状況

栄養	食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		コミュニケーション	会話：可・やや困難・不可能
	形態	主食： 常食 ・ 粥 ・ ペースト			聴覚：支障なし・支障あり（ ）
		副食： 普通 ・ ソフト食 ・ 刻み ・ ペースト		視覚：支障なし・支障あり（ ）	
	方法	経口 ・ 経管栄養（鼻腔・胃瘻・腸瘻） ・ 輸液		感覚過敏	光：正常・過敏（ ）
	嚥下： 良 ・ 不良 咀嚼状況： 良 ・ 不良		音：正常・過敏（ ）		
排泄	排尿	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		認知精神面	認知症状：なし ・ あり
		尿意： あり ・ なし	誘導： 要 ・ 不要		意思疎通：可・やや困難・不可能
	排便	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			支援方法：（ ）
		便意： あり ・ なし	誘導： 要 ・ 不要		
失禁	なし ・ あり（ ）		パニック なし 起こす	様子：前兆・原因・対応など	
方法	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ・カテーテル 等				
入浴	清潔	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 行っていない		パニック なし 起こす	
	方法	一般浴 ・ シャワー浴 ・ 機械浴 ・ 清拭			
移動	歩行	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		発作 なし 起こす	様子・前兆・対応 など
		麻痺の有無： なし ・ あり（ ）			
	移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	方法	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・ストレッチャー			
夜間の状態	睡眠	良眠 ・ 不眠（状態）			
	睡眠薬	なし ・ ときどき ・ 常用			
口内清潔	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		褥瘡	なし ・ あり	
	義歯の有無： なし ・ あり			体圧分散マット：使用 ・ 不使用	
医療的処置	処置なし ・ 処置あり ・ インスリン注射（ 回/日、自己注射 可・不可）・ 在宅酸素 ・ 人工呼吸器 人工透析（ 回/週）				
	中心静脈栄養 ・ 喀痰吸引 ・ 人工肛門 ・ 疼痛管理 ・ 膀胱留置カテーテル ・ その他（ ）				
（その他・連絡事項）					