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  精神　　１級　　　２級　　３級  　　　　　　知的　　A1　　　A2　　　B1　　　B2 | | | |
| 介護保険 |  | |  |  |  |
| 出産状況 | 正常　　　異常（妊娠　　　週頃） | | | | |
| 出生時体重 | （　　　　　　）ｇ　　コメント（　　　　　　　　　　） | | | | | 障害支援区分 | なし　1　　2　　3　　4　　5　　6 | | | |
| 予防接種 | A類疾病  　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  　インフルエンザ（　　年　　月　　日）  　高齢者肺炎球菌（　　年　　月　　日）  　コロナワクチン（　　　期　　年　　月　　日） | | | | | 有効期限（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日） | | | |
| 福祉サービス利用状況 | | | | |
| サービス名 | 支給決定量 | 事業所名（Tel） | | |
| 生活介護 |  |  | | |
| 行動援護 |  |  | | |
| 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（　　　　　　　） |
| 感覚過敏 | 光：正常・過敏（　　　　　　　　　　　　） |
| とろみ：　なし　・　あり（　　　　　　　　　　　　　） | | 音：正常・過敏（　　　　　　　　　　　） |
| 方法 | 経口　・　経管栄養（鼻腔・胃瘻・腸瘻））　・　輸液 | | 言葉：正常・過敏（　　　　　　　　　　） |
| 嚥下：　良　・　不良　　咀嚼状況：　良　・　不良 | |  |
| 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 | |
| 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  　義歯の有無：　なし　・　あり | | | 褥瘡 | 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）** | | | | | |