

サマリーの修正箇所について

《はこだて医療・介護連携サマリー》

衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	*服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴(保潔等)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
*特別な医療等	<input type="checkbox"/> 褥瘡 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 認知症 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 食事摂取困難 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 自己服薬装置 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 在宅自己注射(インスリン) (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (応用ツール④ 作成)	<input type="checkbox"/> 胃置カテーテル (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 自己導尿 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 腎臓・尿管皮膚瘻 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> ドレーン (部位:) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 感染症 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> リハビリテーション (リハビリテーションサマリー 作成) <input type="checkbox"/> 癌末期疼痛管理 (応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> その他 (応用ツール④ 作成)	
在宅介護サービス等	<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 定期巡回 <input type="checkbox"/> 小多機 <input type="checkbox"/> 看多機 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 包括支援センター <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> その他()		
*介護上、特に注意すべき点等	([有]の場合応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	*介護・看取りに関する本人・家族の意向等	([有]の場合応用ツール④ 作成) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
*起居動作[自立・見守り]以外は応用ツール④を、認知症症状[無]以外は応用ツール④を作成下さい。			
*食形態・動作・口腔ケアの項目で[普通・自立]以外を選択した場合は応用ツール④を、服薬管理[自立]以外は応用ツール④を作成下さい。			
本サマリーの記入者	所属名		
電話	FAX	記入者	作成日
*応用ツール以外の書式を添付する場合は応用ツール④を必ず作成下さい。			

《プルダウン式サマリー》

衣服の着脱		*服薬管理	
入浴(保潔等)			
*特別な医療等			
在宅介護サービス等	<input type="checkbox"/> 定期巡回	セルをクリックして選択して下さい。 介護サービス 無 訪問診療 訪問歯科診療 訪問看護 訪問介護 訪問入浴 訪問リハビリ 通所リハビリ 通所介護 ショートステイ 住宅改修 福祉用具 定期巡回 小多機 看多機 居宅介護支援 包括支援センター	<input type="checkbox"/> その他()
*介護上、特に注意すべき点等	([有]の場合応用ツール④ 作成)	*介護・看取りに関する本人・家族の意向等	([有]の場合応用ツール④ 作成)
*起居動作[自立・見守り]以外は応用ツール④を、認知症症状[無]以外は応用ツール④を作成下さい。			
*食形態・動作・口腔ケアの項目で[普通・自立]以外を選択した場合は応用ツール④を、服薬管理[自立]以外は応用ツール④を作成下さい。			
本サマリーの記入者	所属名		
電話	FAX	記入者	作成日
*応用ツール以外の書式を添付する場合は応用ツール④を必ず作成下さい。			