訪　問　看　護　要　約　　　　 記載日：

訪問看護ステーション名： 　担当： 　管理者：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名  | 保険情報  | 介護度  |
|  年 月 日 歳 | 公費負担医療  | 担当ＣＭ  |
| 住　所 |   | 事業所名 TEL  |
| 電話番号 |   |
| キーパーソン |   | 社会資源の利用状況  |
| 緊急連絡先 |   |  |
| 認知症 | 　[ ] 無　[ ]  有 | 　[ ] 軽度　[ ] 中度　[ ] 重度 |  |
| 疾患名 |   | 既往歴 |   |
| 主治医 |  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TEL  |
| 訪問開始日 年 月 日 | 最終訪問日 年 月 日 | 理由  |
| 訪問時間 分 曜日 　　　　　　　　　　　時間帯  |
| 訪問看護の内容  |
| ﾊﾞｲﾀﾙ 年 月 日　体温； ℃　　脈拍； 　血圧； / SPO2； 　　 体重； kg |
| 【経過】  | 【継続看護】 【連絡事項】  |
| 医療機器処置等 |   | 家族構成  | 家族背景  |
| 食事 |   |   | 介護力  |
| 排泄 |   |
| 移動 |   |   | 経済状況  |
| 保清 |   | 更衣整容 |   |
| 睡眠 |   | 感染褥瘡の有無 |   |
| 意向 | 本人： 家族：  | 備考 |   |