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 |  | | | |