

# 訪問看護活動記録票

サンプル (602) 【事業所名スペース】

お名前 \_\_\_\_\_ 様 担当者名 \_\_\_\_\_

介護保険 介護予防 医療保険 その他( ) 訪問日時 年 月 日( ) 時 分 ~ 時 分

<p><b>観察事項</b></p> <p>体温 ℃ _____</p> <p>脈拍 回/分(整・不整) _____</p> <p>血圧 / mmHg _____</p> <p>SpO2 % _____</p> <p>血糖 mg/dl _____ (食前・食後 時間)</p> <p>食欲 有・無 _____</p> <p>呼吸 回/分( ) _____</p> <p>水分摂取 ml/日 _____ 便の性状 _____</p> <p>排便 回/日( ) _____</p> <p>排尿 ml/日・回/日 _____</p> <p>睡眠 熟睡・普通・浅い・不眠 眠剤・昼夜逆転 _____</p> <p>皮膚の状態 正常・異常 ( ) _____</p> <p>意識の状態 _____</p> <p>疼痛 (1 2 3 4 5) _____</p> <p>その他 _____</p>	<p><b>1.看護準備・記録等</b></p> <p><input type="checkbox"/>健康チェック <input type="checkbox"/>記録等</p> <p><b>2.排泄介助</b></p> <p><input type="checkbox"/>トイレ <input type="checkbox"/>ポータブル <input type="checkbox"/>おむつ <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p><b>3.食事介助</b></p> <p><input type="checkbox"/>全介助 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>水分補給 <input type="checkbox"/>見守り</p> <p><b>4.服薬介助</b></p> <p><input type="checkbox"/>服薬確認 <input type="checkbox"/>服薬促し <input type="checkbox"/>服薬セッティング <input type="checkbox"/>点眼 <input type="checkbox"/>湿布・軟膏</p> <p><b>5.清拭</b></p> <p><input type="checkbox"/>全身 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>部分( )</p> <p><b>6.部分浴</b></p> <p><input type="checkbox"/>手 <input type="checkbox"/>足 <input type="checkbox"/>洗髪 <input type="checkbox"/>陰部 臀部 洗浄</p> <p><b>7.入浴</b></p> <p><input type="checkbox"/>全身 <input type="checkbox"/>シャワー <input type="checkbox"/>洗髪</p>	<p><b>8.洗面等</b></p> <p><input type="checkbox"/>洗面 <input type="checkbox"/>口腔ケア <input type="checkbox"/>義歯洗浄</p> <p><b>9.身体整容</b></p> <p><input type="checkbox"/>髭の手入れ <input type="checkbox"/>整髪 <input type="checkbox"/>通常の爪切り <input type="checkbox"/>耳孔清掃</p> <p><b>10.更衣介助・整衣</b></p> <p><input type="checkbox"/>全更衣 <input type="checkbox"/>衣服選択・整衣 <input type="checkbox"/>部分更衣( )</p> <p><b>11.移乗・移動介助</b></p> <p><input type="checkbox"/>移乗 <input type="checkbox"/>移動 <input type="checkbox"/>体位交換</p> <p><b>12.環境整備</b></p> <p><input type="checkbox"/>シーツ交換 <input type="checkbox"/>ポータブル清掃 <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p><b>13.リハビリテーション</b></p> <p><input type="checkbox"/>ROM <input type="checkbox"/>ストレッチ <input type="checkbox"/>上・下肢運動 <input type="checkbox"/>歩行訓練 <input type="checkbox"/>その他</p>	<p><b>14.医療の実施</b></p> <p><input type="checkbox"/>酸素管理 <input type="checkbox"/>創傷処置 <input type="checkbox"/>吸引(気管内・口・鼻腔)、吸入 <input type="checkbox"/>膀胱留置カテーテル交換・管理・膀胱洗浄 <input type="checkbox"/>床ずれ予防・処置 <input type="checkbox"/>在宅中心静脈栄養実施、管理 <input type="checkbox"/>経管栄養実施、管理 <input type="checkbox"/>人工肛門処置、管理 <input type="checkbox"/>人工膀胱処置、管理 <input type="checkbox"/>胃ろう管理 <input type="checkbox"/>気管カニューレ交換、管理 <input type="checkbox"/>人工呼吸器管理 <input type="checkbox"/>CAPDのかん流液交換、管理 <input type="checkbox"/>緩和ケア <input type="checkbox"/>注射、点滴実施、管理 <input type="checkbox"/>浣腸、摘便、検査補助 <input type="checkbox"/>その他</p>	<p><b>15.介護者への支援・指導</b></p> <p><input type="checkbox"/>転倒防止 <input type="checkbox"/>床ずれ予防 <input type="checkbox"/>脱水予防 <input type="checkbox"/>廃用予防 <input type="checkbox"/>その他( )</p> <p><b>16.その他</b></p> <p><input type="checkbox"/>福祉用具利用の相談 <input type="checkbox"/>関係機関への相談・連絡 <input type="checkbox"/>主治医への相談・連絡 <input type="checkbox"/>相談援助 <input type="checkbox"/> ( )</p> <p>伝達事項</p>
<p>備考</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>正面</p> 	<p>背面</p> 	<p>確認印</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

①事業所控

②利用者控