



訪問看護記録

事業所名 サンプル (611) 【事業所名スペース】

①ステーション控

利用者印

お名前 様 看護師等氏名

訪問日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			
訪問種別	<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> その他 (緊急 ・ 臨時)			
観察事項	血圧 / mmHg	<input type="checkbox"/> バイタル	<input type="checkbox"/> 食事のセッティング	<input type="checkbox"/> スキンケア
	脈拍 回/分性状 (整・不整)	<input type="checkbox"/> 状態観察	<input type="checkbox"/> 食事介助 ()	<input type="checkbox"/> 連絡ノート
	体温 °C (腋窩・右・左)	<input type="checkbox"/> トイレ介助 ()	<input type="checkbox"/> 水分補給 ()	<input type="checkbox"/> その他
	呼吸 回/分 (性状)	<input type="checkbox"/> オムツ交換	<input type="checkbox"/> 服薬確認・介助 ()	
	意識レベル	<input type="checkbox"/> 入浴・シャワー浴介助	<input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 介護指導	
	SPO2 %	<input type="checkbox"/> 清拭 ()	<input type="checkbox"/> 家族健康チェック	
	食欲 (有・無)	<input type="checkbox"/> 部分浴 (手・足・陰部)	<input type="checkbox"/> 受診推奨	
	水分摂取 ml/日	<input type="checkbox"/> 洗髪 <input type="checkbox"/> 整容		
	睡眠状態 熟睡・普通・浅い・不眠	<input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> ひげ剃り	(正面)	(背面)
	眠剤 (有・無) 昼夜逆転 (有・無)	<input type="checkbox"/> 更衣介助 <input type="checkbox"/> 寝衣交換		
	排便 性状 量	<input type="checkbox"/> 寝具交換 <input type="checkbox"/> 耳孔除去		
	排尿 ml 回/日	<input type="checkbox"/> 爪切り (手・足)		
	体重・腹囲 ()	<input type="checkbox"/> 体位交換 <input type="checkbox"/> 移動介助		
	疼痛スコア 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<input type="checkbox"/> マッサージ ()		

医療処置とケア

<input type="checkbox"/> 注射の実施と管理 (皮下・静脈・筋肉・点滴) <input type="checkbox"/> CVポート ()	
<input type="checkbox"/> 薬剤の確認と管理 ()	
<input type="checkbox"/> 創傷処置 ()	
<input type="checkbox"/> 褥瘡処置 ()	
<input type="checkbox"/> 軟膏・外用薬処置 ()	
<input type="checkbox"/> バルンカテーテル管理・交換 (Fr) <input type="checkbox"/> 導尿 () <input type="checkbox"/> 膀胱洗浄	
<input type="checkbox"/> 浣腸・洗腸 <input type="checkbox"/> 摘便 <input type="checkbox"/> 人工肛門 (膀胱) 処置 <input type="checkbox"/> 点眼 ()	
<input type="checkbox"/> 栄養管理 (鼻腔・胃瘻・腸瘻・HPN) <input type="checkbox"/> 胃瘻・腸瘻挿入部ケア ()	
<input type="checkbox"/> 吸引 (気管内・口腔内・鼻腔内) <input type="checkbox"/> 排痰処置 <input type="checkbox"/> 気管切開部ケア	
<input type="checkbox"/> インスリン注射 (実施・指導) () <input type="checkbox"/> カニューレ管理	
<input type="checkbox"/> 血糖チェック (実施・指導) () <input type="checkbox"/> 酸素吸入・管理 (L/min)	

リハビリ

<input type="checkbox"/> ROM訓練 (上肢 下肢 体幹) <input type="checkbox"/> ADL訓練 ()	
<input type="checkbox"/> 筋力訓練 (上肢 下肢 体幹) <input type="checkbox"/> 階段訓練 (手すり 有 無)	
<input type="checkbox"/> 基本動作訓練 (寝返り 起き上がり 立ち上がり 移乗 座位 立位)	
<input type="checkbox"/> 歩行訓練 (屋外 杖 歩行器 独歩 手引き 伝い歩き)	
<input type="checkbox"/> バランス訓練 <input type="checkbox"/> 持久力訓練 <input type="checkbox"/> 自主トレーニング指導	
<input type="checkbox"/> 嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 呼吸訓練 <input type="checkbox"/> ストレッチング (上肢・下肢・体幹)	
	伝達事項