

# 訪問看護記録 II

サンプル (615) 【事業所名スペース】

利用者	様	<input type="checkbox"/> 介護保険 I 1・I 2・I 3・I 4 I 5・I 5 2 超×	担当者	
訪問時間	令和 年 月 日 ( ) : ~ :	<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 保険外 <input type="checkbox"/> 緊急訪問	<input type="checkbox"/> 振替訪問 <input type="checkbox"/> 時間変更 <input type="checkbox"/> 臨時訪問 <input type="checkbox"/> / 祝 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 利用者希望 <input type="checkbox"/> 当 ST 都合 <input type="checkbox"/> Dr. 指示	
		観察事項 体温                   ℃ 脈                       回/分 血圧               /       mmHg 呼吸                回/分 SpO2                % 肺雑音 (有・無) 浮腫 (有・無)		
・ケア ・処置 ・指導	清潔		排泄介助・処置	
	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 洗髪 <input type="checkbox"/> 手浴・足浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 更衣	<input type="checkbox"/> 陰洗 <input type="checkbox"/> オムツ・リハパン・パット交換 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 爪切り (手・足) <input type="checkbox"/> ひげ剃り <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 排尿・排便介助 <input type="checkbox"/> 膀胱洗浄 <input type="checkbox"/> 摘便・浣腸 <input type="checkbox"/> ストマ交換 <input type="checkbox"/>	その他
	<input type="checkbox"/> メンタルケア <input type="checkbox"/> 補水 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	薬	処置	アドバイス・指導
	<input type="checkbox"/> 与薬 <input type="checkbox"/> セット <input type="checkbox"/> 内服確認 (怠薬 有・無) 朝      昼      夕      眠前 <input type="checkbox"/> 下剤調整 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> B S <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 創・褥瘡 (洗浄・軟膏・ガーゼ・包帯)	<input type="checkbox"/> 脱水予防 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 日常生活 <input type="checkbox"/> 褥瘡予防 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
リハビリ	ROM 訓練	筋力増強訓練	ADL 訓練	その他
	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹	<input type="checkbox"/> 床上動作 <input type="checkbox"/> 立ち上がり <input type="checkbox"/> 移乗 <input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 呼吸リハ <input type="checkbox"/> 口腔機能訓練 <input type="checkbox"/> 片麻痺機能回復訓練
状態記録	S:		O:	
		<input type="checkbox"/> 関連機関への相談・連絡 <input type="checkbox"/> 連絡事項 <input type="checkbox"/> 主治医より		