

## 訪問介護サービス記録

<input type="checkbox"/> 介護保険	<input type="checkbox"/> 予防訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立支援(居生・居身・重訪・移動)	<input type="checkbox"/> リーフ
ご利用者様名		印	サービス日時
様			年 月 日 ( )
			: ~ :
サービス内容		ヘルパー名	
身体( )・生活( )			

### ☆本日のサービス内容

#### 身 体 介 護

食 事	<input type="checkbox"/> 調理(刻み・ミキサー・トロミ) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> その他</span> <input type="checkbox"/> 食事介助 (全介助・一部介助・見守り) <input type="checkbox"/> 水分補給 ( )		
保清・整容	<input type="checkbox"/> 入浴 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 口腔ケア</span> <input type="checkbox"/> シャワー浴 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 洗髪</span> <input type="checkbox"/> 部分浴(足浴・手浴) <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 整容</span> <input type="checkbox"/> 全身清拭 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 更衣</span> <input type="checkbox"/> 部分清拭 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> その他</span>	排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ・Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ交換・パット交換 <input type="checkbox"/> 尿器・挿し込み便器 <input type="checkbox"/> 陰部洗浄・清拭 <input type="checkbox"/> その他
移 動	<input type="checkbox"/> 歩行 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> リフト</span> <input type="checkbox"/> 車椅子 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 体位変換</span> <input type="checkbox"/> その他	移 乗	<input type="checkbox"/> 椅子・車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> トイレ・Pトイレ <input type="checkbox"/> その他
そ の 他	<input type="checkbox"/> コミュニケーション <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 外出付添・介助</span> <input type="checkbox"/> 通院付添・介助 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> 服薬準備・促し・確認</span> <input type="checkbox"/> その他		

#### 生 活 援 助

掃 除	<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> トイレ・Pトイレ <input type="checkbox"/> ゴミ処理 <input type="checkbox"/> その他	洗濯・寝具	<input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 布団干し <input type="checkbox"/> シーツ交換 <input type="checkbox"/> ベットメイキング <input type="checkbox"/> 衣類の整順・補修 <input type="checkbox"/> その他
買 物	<input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 預り金 _____ 円 <input type="checkbox"/> 買物代金 _____ 円 <input type="checkbox"/> おつり _____ 円	調 理	<input type="checkbox"/> レンジUP <input type="checkbox"/> 配膳・後片付け
そ の 他	<input type="checkbox"/> その他( )		

◎サービス終了後チェック  使用物品の片付け  電気・火の元

★バイタルチェック(必要時記入) 体温・血圧・脈拍 体温 _____ °C	★排泄(必要時記入) 排便( ) 排尿( )
★食事(内容・摂取状況)	
★ご利用者様の状況・対応内容のご報告	
★連絡・引継ぎ事項	
サービス提供責任者	