

# 訪 問 看 護 記 録

確認印

氏名	様	訪問日	年	月	日 ( )	
( 歳 )	時間	:	~	:	訪問者	
介護認定状況	自立・要支援・要介護度 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) ・ 医療					
< 訪問時の状況 >  体温      °C      血圧      / 脈拍      / 分 ( 整 ・ 不整 ) 呼吸      / 分      副雑音      無 ・ 有 呼吸音      良 ・ 不良 SpO <sub>2</sub> ( O <sub>2</sub> L ) 血糖      (      mg / dl ) 痰      無 ・ 有 (      ) 尿      ml <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">おむつ・バルン・ポータブル・尿器・トイレ</div>					不穏      無 ・ 有 睡眠      良 ・ 不良 活気      無 ・ 有 食事・水分摂取量 (      ) 経管栄養管理 ・ 注入 (      ml ) 便      回 性状 (      )	要 約
< 実施したケア >  <input type="checkbox"/> 体位変換 ・ 環境整備 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 胃瘻 ・ 経管栄養管理 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 吸引 気管カニューレ管理 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器管理 <input type="checkbox"/> ストーマ管理 <input type="checkbox"/> 膣洗浄 (      ) <input type="checkbox"/> 検査 ( 採血      ) <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル ( 膀胱洗浄      生食      ml ) <input type="checkbox"/> 排泄支援 (      ) <input type="checkbox"/> GE ・ 摘便 ・ オムツ交換 ・ 陰洗 (      )					<input type="checkbox"/> 衣生活の支援 (      ) <input type="checkbox"/> 保膚 ( 清拭      洗髪      入浴 ) ( 部分浴(手・足・ 部・陰部) ) <input type="checkbox"/> 整容 ( 耳掃除 ・ ひげそり ・ 爪切り ) <input type="checkbox"/> 注射・点滴管理・実施 (      ) <input type="checkbox"/> 服薬指導 (      ) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養管理 (      ) <input type="checkbox"/> リハビリテーション (      )	・ 次回持参物品  < Dr.からの指示 >  < 介護者・家族の状況・要望 >