

訪問看護要約

記載日

照会先（訪問看護ステーション名）

担当

管理者

氏名		保険情報		介護度	
年	月	日	歳	公費負担医療	
住 所				担当CM	
電話番号				事業所名	
キーパーソン				TEL	
緊急連絡先				社会資源の利用状況	
認知症		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	
疾患名				既往歴	
主治医				TEL	
訪問開始日		年	月	日	最終訪問日
		年	月	日	理由
訪問時間		分	曜日		時間帯
訪問看護の内容					
バイタル 年 月 日 体温； ℃ 脈拍； 血圧； / SP02； 体重； kg					
【経過】				【継続看護】	
				【連絡事項】	
医療機器 処置等				家族構成	
食事				家族背景	
排泄				介護力	
移動				経済状況	
保清				更衣 整容	
睡眠				感染 褥瘡の有無	
意向		本人： 家族：		備考	