

訪問看護記録書 I

利用者氏名	様	生年月日	年 月 日 ()歳		
住 所		電話番号			
看護師等 氏名		訪問職種	保健師・助産師・看護師・准看護師 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士		
初回訪問年月日	年 月 日() 時 分 ~ 時 分				
主たる傷病名					
現 病 歴					
既 往 歴					
療 養 状 況					
介 護 状 況					
生 活 歴					
	氏 名	年 齢	続 柄	職 業	特記すべき事項
家族 構成					
主な介護者					
住 環 境					

訪問看護の依頼目的										
要介護認定の状況										
ADLの状況 該当するものに○	移動	食事	排泄	入浴	着替	整容	意思疎通			
自立										
一部介助										
全面介助										
その他										
日常生活自立度	寝たきり度		J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	認知症の症状		I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
主治医等	氏 名									
	医療機関名									
	所 在 地									
	電話番号									
緊急時の主治医・家族等の連絡先										
指定居宅介護支援事業所、特定相談支援事業所、障害児相談支援事業所の連絡先										
関係機関	連絡先			担当者			備考			
保健・福祉サービス等の利用状況										