

精神科訪問看護記録書 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・看護師・准看護師・作業療法士	
初回訪問年月日	年 月 日() 時 分 ～ 時 分				
主たる傷病名					
現 往 歴					
病 識					
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					
主な介護者又はキーパーソン					
住 環 境					

訪問看護の依頼目的			
日常生活等の状況	援助の要否		備考
	食生活	要 ・ 否	
	清潔	要 ・ 否	
	排泄	要 ・ 否	
	睡眠	要 ・ 否	
	生活のリズム	要 ・ 否	
	部屋の整頓	要 ・ 否	
	服薬状況	要 ・ 否	
	金銭管理	要 ・ 否	
	作業等の状況	要 ・ 否	
	対人関係	要 ・ 否	
その他 :			
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			