

訪問看護ステーション		担当(管理者)	()
患者氏名		生年月日	(歳)
介護支援専門員		家族構成	
事業所名			
在宅医			
医療機関名		キーパーソン	(続柄)
介護保険	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 変更申請中		
医療行為	<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 褥創 (部位 大きさ ×)		
訪問看護目的 (医療・介護)	<input type="checkbox"/> 状態観察 <input type="checkbox"/> 処置・指導観察 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 保清 <input type="checkbox"/> リハビリ *訪問回数と曜日(回/週 月 火 水 木 金 土 日)		
在宅状況	内服管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> お薬カレンダー <input type="checkbox"/> お薬箱 <input type="checkbox"/> 一包化 その他()	
	ADL 状況		
	その他		
退院に向けての課題 (退院に必要な条件)			
利用サービス	<input type="checkbox"/> デイケア (回/週) <input type="checkbox"/> デイサービス(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (回/週) <input type="checkbox"/> ヘルパー (回/週) <input type="checkbox"/> デンタルケア(回/週)		
福祉用具	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> エアマット <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他()		

