

| | | | | | |
|-----------------------------|--------------|-----------------|------------------------|-----|--------|
| 利用者氏名 | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 ()歳 |
| 要介護認定の状況 | 要支援 (1 2) | | 要介護 (1 2 3 4 5) | | |
| 住 所 | | | | | |
| 看護・リハビリテーションの目標 | | | | | |
| | | | | | |
| 年 月 日 | 問 題 点・ 解 決 策 | | | 評 価 | |
| | | | | | |
| 衛生材料等が必要な処置の有無 | | | | | |
| 有 ・ 無 | | | | | |
| 処置の内容 | | 衛生材料 (種類・サイズ) 等 | | 必要量 | |
| | | | | | |
| 備考(特別な管理を要する内容、その他留意すべき事項等) | | | | | |
| | | | | | |
| 作成者① | 氏名: | | 職 種: 看護師・保健師 | | |
| 作成者② | 氏名: | | 職 種: 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | | |

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護又は看護サービスの提供を実施いたします。

年 月 日

事業所名
管理者氏名

殿