

訪問看護報告書

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								
訪問日	年 月			年 月				
	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3 4 5 6 7			8 9 10 11 12 13 14			
	8 9 10 11 12 13 14	15 16 17 18 19 20 21			22 23 24 25 26 27 28			
	15 16 17 18 19 20 21	22 23 24 25 26 27 28			29 30 31			
	22 23 24 25 26 27 28	29 30 31						
	29 30 31							
	訪問日を○で囲むこと。理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護を実施した場合は◇、特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日は△で囲むこと。緊急時訪問を行った場合は×印とすること。なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。							
病状の経過								
看護の内容								
家庭での介護の状況								
衛生材料等の使用量および使用状況	衛生材料等の名称： () 使用及び交換頻度： () 使用量： ()							
衛生材料等の種類・量の変更	衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性： 有 ・ 無 変更内容							
特記すべき事項								
作成者	氏 名：			職 種： 看護師・保健師				

上記のとおり、指定訪問看護又は看護サービスの提供の実施について報告いたします。

年 月 日

事業所名
管理者氏名

殿

利用者氏名	○ ○ ○ ○	生年月日	S. △年 △月 △日 (74)歳
要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)		
住 所	××市 ××区 ××町 3-2-1		
訪問日	□ 年 □ 月		年 月
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	
<p>訪問日を○で囲むこと。理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護を実施した場合は◇、特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日は△で囲むこと。緊急時訪問を行った場合は×印とすること。 なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。</p>			
病状の経過	<p>(主たる傷病名：1型糖尿病、多発性脳梗塞、前立腺肥大症) KT:36.2℃ P:51/分 BP:120/50mmHg SpO2:98% WT:57.0Kg (前月比：-0.2) 褥瘡なし #1 頭痛などの自覚症状、麻痺の進行など認めず。水分飲水は、お茶・コーヒーにとろみを混ぜ500ml/日経口摂取している。吸引時、白色～淡黄色の喀痰を認めるが、酸素化良好。排便コントロールは、マグラックス1錠×3/日と2回/週の浣腸で2回/週普通便多量に認める。胃ろう挿入部に一部発赤を認めるが疼痛なし。 #2 血糖値が、朝130～242・昼63～228・夕方63～248mg/dl。間食の申告はないが、昼食時にプリンを摂取している。今月4回低血糖が、昼・夕の(血糖値63～86mg/dl)あり、ノボラビットをラコール注入後に注射した(妻) #3 ホームエクササイズは、下肢筋力強化を主に、実施し始めている。 #4 妻が主介護者であるが、常に見守りが必要な状態で、ストレス度は高い。</p>		
看護の内容	<p>病状の観察、環境整備・調整、リハビリテーション、家族指導、精神的支援、介護相談、清潔のケア(入浴介助)、衣生活のケア、食事や栄養のケア、排泄のケア、睡眠のケア、ホームエクササイズの確認、疾病・服薬の管理、カテーテルの管理、スキンケア・処置、吸引</p>		
家庭での介護の状況	<p>妻が1人で介護をしているため、自分の時間が得にくく、時に、家事などにストレスを感じることもあると話す。</p>		
衛生材料等の使用量および使用状況	<p>衛生材料等の名称：(栄養チューブ、カテーテルチップ50ml) 使用及び交換頻度：(4回/月、4回/月) 使用量：(4本、4本)</p>		
衛生材料等の種類・量の変更	<p>衛生材料等(種類・サイズ・必要量等)の変更の必要性： 有 ・ ○無 変更内容</p>		
特記すべき事項			
2回/週、○曜日、○曜日訪問			
作成者	氏名： △△△△ 職種： ○看護師・保健師		

上記のとおり、指定訪問看護又は看護サービスの提供の実施について報告いたします。

令和3年 ○ 月 ○ 日

事業所名 □□訪問看護ステーション
管理者氏名 × × × ×

■ ■ 診療所
● ● ● ● 先生