

基本情報記録 アセスメントー I

記載者:

訪問開始日 年 月 日

利用者 氏名 様 才 男・女 疾患 既往歴	医療保険: <input type="checkbox"/> 健康保険(政府・組合・共済・船員・日雇) <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 公費(精神通院・厚生医療・育成医療) <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> 重度心身障害 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 生保 介護保険: <input type="checkbox"/> 認定済(介護度:) 障害手帳 級(傷病名) 特定疾患医療給付: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり かかりつけ医: ケアマネージャー:(:TEL) 家族構成
連絡先 ① ② 介護者 主: 副:	
訪問看護導入の経緯	

■要介護状況区分■
 (自立・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)
 ■障害者の日常生活自立度■ ■認知症高齢者の生活自立度■
 (自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2) (自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)

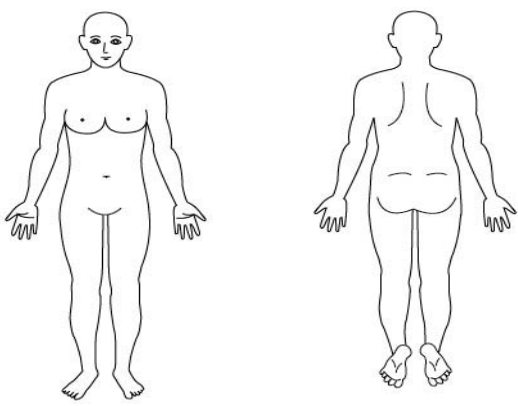
I: ADL / IADL		II: 認知・コミュニケーション	
a 寝返り	自立・一部介助・全介助	a 記憶一想起	問題なし・問題あり
b 起き上がり	自立・一部介助・全介助	b 記憶一せん妄の兆候	無・有
c 座位保持	自立・一部介助・全介助	c 認知一言語	問題なし・問題あり
d 立ち上がり	自立・一部介助・全介助	d 認知一動作	問題なし・問題あり
e 立位保持	自立・一部介助・全介助	e 意思の伝達	問題なし・問題あり
f 歩行	自立・一部介助・全介助	f 他者を理解	問題なし・問題あり
g 移乗	自立・一部介助・全介助	g 視覚障害	無・有
h 移動	自立・一部介助・全介助	h 聴力障害→補聴器	無・有 → 未使用・使用
i 入浴	自立・一部介助・全介助	i 言語障害	無・有
j 整容	自立・一部介助・全介助	j 気分と問題行動	
k 口腔衛生(歯磨等)	自立・一部介助・全介助	気分の落ち込み・不安や恐れが強い・うつ有・暴言暴行・徘徊	
l 爪切り	自立・一部介助・全介助	介護への抵抗・収集癖・火の不始末・不潔行為・異食行動	
m 着替え	自立・一部介助・全介助	■ I・II: 特記事項	
n 食事摂取	自立・一部介助・全介助		
o 排泄	自立・一部介助・全介助		
p 調理	自立・一部介助・全介助		
q 清掃・洗濯	自立・一部介助・全介助		
r 買い物	自立・一部介助・全介助		
s 金銭管理	自立・一部介助・全介助		
t 服薬管理	自立・一部介助・全介助		
u 電話の利用	自立・一部介助・全介助		
v 交通手段の利用	自立・一部介助・全介助		

III: 社会交流・ストレス		■ III: 特記事項	
a 社会的活動の参加→参加意欲	無・有 → 無・有		
b 喪失感	無・有		
c 孤独	無・有		
d 引きこもり	無・有		

IV健康状態 ■食事摂取状況		■排泄状態	
栄養状態	問題なし・体重減少・栄養不良・病的肥満	日中排泄状況	トイレ・ポータブル・尿器・おむつ・カテーテル
食事摂取	()回/日	日中尿・便意	尿: 有・無 便: 有・無
水分摂取	問題なし・不足気味・脱水状態	夜間排泄状況	トイレ・ポータブル・尿器・おむつ・カテーテル
経管栄養・胃瘻	無・有	夜間尿・便意	尿: 有・無 便: 有・無
食事形態	米飯・粥・きざみ・ミキサー	尿失禁	無・時々・有
		便失禁	無・時々・有

基本情報記録 アセスメントⅡ

記載者:

V 身体状態・医療処置・治療の状態 	
服薬の状態	
受診状況 ターミナルケア情報	利用中のサービス
VI 家庭内での役割・介護上の問題 介護力(主介護者: 協力者:) 家族が実施する医療処置 <input type="checkbox"/> 有(内容・習得状況等) <input type="checkbox"/> 無	
介護に対する不安	居住環境での問題点
病名・病状に対する説明と理解 ----- ----- ----- ----- -----	本人の希望
	家族の希望
■ 特記事項 ■	

手順書

月 日 () 利用者 : _____

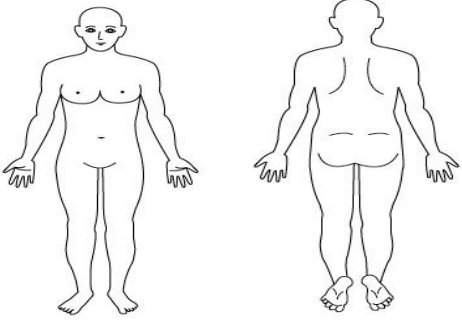
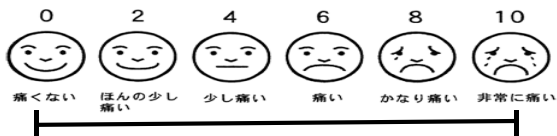
記載者 : _____

時間	ケア方法・ケアの順序 (ケアの根拠・留意点を明確にする)
10	
20	
30	
40	
50	
60	
70	
80	
90	

担当利用者の訪問看護記録

振り返り記録

利用者氏名 _____

基本記録	訪問日 年 月 日 ()	訪問種別 初回 定期 臨時(Fax・Tel)	担当者
	訪問時間 20 30 60 90	医療 支援 1 2 介護 1 2 3 4 5	
	<家族>		
一般状態の観察	体温 °C 脈拍 回/分(整・不整)	食事	食欲 良・普通・なし 水分量 ml/日
	血圧 / /		食事内容・咀嚼嚥下の状況等
	呼吸 回/分 Spo2 %	排泄	尿回数 回/日 (ml)
	酸素 L マスク・カヌラ		排便回数 回/日 最終排便 /
	肺雑音 有・無 Air入り 良・不良		硬 普通 軟 泥 水様 多量 中等量 少量
	分泌物		浣腸(ml)・下剤・内服・摘便
	睡眠	熟睡・普通・浅い・不眠 眠剤 無・有()	
経過記録			
		皮膚の状態	
		処置	
		対処方法	
医師からの指示・医療処置			
経験したこと	経験から学んだこと	自己の学習課題	
指導者のコメント			

訪問看護ステーションの概要記録

(記載者名)

訪問看護ステーション名 :
設置主体 :
併設施設 :
訪問看護ステーション事業目的および運営理念 サービス提供体制 夜間・休日対応 : あり なし 対応方法 : 24時間対応加算 : あり なし 対応方法 : 24時間対応加算 : あり なし 対応方法 : その他
従事者の職種・人数とその役割 : 看護師 常勤 名 非常勤 名 (常勤換算 名)、 その他の職種と人数 : () 名、() 名
訪問地域と地域特性 :
地域における本ステーションの役割あるいは期待されていること :
利用者の主な紹介経路 :
活動実績 : 平成 年 月直近の統計 (1ヶ月分) 利用者合計 名 (うちの新規利用者 名) (利用の契機 :)

述べ訪問件数	回/月
利用終了者	名（理由： ）
指示書発行機関・主治医数：	
医療保険による利用者数	名
介護保険による利用者数	名
前年延べ利用者数	人 / 月 ・ 年
前年延べ利用者数	人 / 月 ・ 年
利用者・家族の特徴：	
例として、疾患別、要介護や寝たきり度別、医療処置（管理加算）、重症度（ターミナルケア加算）、連携加算などの実績など	
ステーション管理運営に関するシステムなど	
例としては、緊急時対応体制、苦情処理、感染管理体制、災害時対応、物品供給、その他	
このステーションで特に学びたいこと：	

訪問看護経験記録-2

記載者氏名：

医療的 管理	1. 創傷管理													
	a. 褥瘡													
	b. 軟膏塗布													
	c. ストマ処置													
	2. 経管栄養管理(胃ろう含む)													
	3. 膀胱留置カテーテル管理													
	4. 吸引													
	a. 肺ケア(ドレナージ)													
	b. 吸入													
	5. 気管切開													
	6. 人工呼吸器管理(カフAir確認)													
	7. 在宅酸素療法													
	8. 注射・点滴													
	9. 服薬管理													
10. その他:														

出典: 公益社団法人千葉県看護協会