利用者に応じて記録用紙（A）・（B）を選択してください

情報記録用紙（A）

作成日：　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者名 | 年齢　　歳　男・女 | | 介護保険：□未申請　□申請中  医療保険：□認定済（介護度　　） |
| 【疾患名】 | | | 訪問看護開始年月日  　　年　　月　　日　～ |
| 【主治医・医療機関名】 | | | 【既往歴】【感染症】（無・有） |
| 【経過と現在の状況】 | | | 【内服薬】【自己管理】可・不可 |
| 【本人の思い　家族の思い】 | | |
| 【家族状況】・主介護者  　　　　　 ・キーパーソン |
| 【看護上の問題】 | | |
| 利用者の身体状態   1. 認知の状況：正常：Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M 2. 麻痺：なし・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢 3. 起立：自立・一部介助・座位・起居不能・その他（　　　） 4. 歩行：自立・杖・歩行器・車椅子・（一部介助・全介助） 5. 障害：視力（　　　　）聴力（　　　　） 6. 意思の伝達：できる・時々できる・殆どできない・できない 7. 排泄：自立・ポータブル・おむつ 8. 尿便意（有・不明・無）　最終排便（　　/　　　） 9. 食事：自立・一部介助・全介助　食事形態（普通・軟・流動）   　　　　　嚥下・咀嚼障害（無・有）食事療法（無・有）   1. 清潔：自立・一部介助・全介助・　入浴・シャワー・清拭 2. 更衣：自立・一部介助・全介助 3. 睡眠： 4. 財産管理： | | | 【看護・ケア上での注意点】  【社会資源（フォーマル・インフォーマル）】 |
| 【医療処置】   1. 褥瘡（部位：　　　　　）　　②注射　③経管栄養　④吸引 2. 中心静脈栄養　　⑥膀胱留置カテーテル（　　　）Fr   最終交換日（　　/　　・交換頻度　　　）⑦HOT（　　）ℓ  ⑧気管カニューレ　⑨人工呼吸器　⑩自己導尿　⑪ストーマケア  ⑫疼痛管理　⑬その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 【特記事項】 |
|  | | | |
| 受け持ち事例記録用紙（B）  利用者名  訪問日　　年　　月　　日　（　　回目）　　　　　　　　　　　　　氏名 | | | |
| 【利用者背景・家族背景】  年齢：　　歳　　　性別：  キーパーソン  主介護者 | | 【感じたこと】 | |
| 【本人の思い】  【家族の思い】 | |  | |
| 【現病歴】 | |  | |
| 【これまでの看護経過】 | | 【学んだこと】 | |
| 【看護内容】 | | 【今後に活かせること】 | |