

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

印

殿

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	<table border="0"> <tr> <td colspan="7">年 月</td> <td colspan="7">年 月</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> <tr> <td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td> <td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td> </tr> <tr> <td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td> <td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td><td>21</td> </tr> <tr> <td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td>29</td><td>30</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> 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。					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	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					29	30	31				
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	15	16	17	18	19	20	21																																																																												
22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28																																																																												
29	30	31					29	30	31																																																																																
病状の経過																																																																																									
看護・リハビリテーションの内容																																																																																									
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

殿

事業所名
管理者氏名

印

訪問看護記録書 I

No.1

利用者氏名		生年月日	年 月 日 () 歳		
住 所		電話番号	() -		
看護師等氏名		訪問職種	保健師 ・ 看護師 ・ 准看護師 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士		
初回訪問年月日	年 月 日 () 時 分 ～ 時 分				
主たる傷病名					
現 病 歴					
既 往 歴					
療 養 状 況					
介 護 状 況					
生 活 歴					
	氏 名	年 齢	続 柄	職 業	特記すべき事項
家族構成					
主な介護者					
住 環 境					

訪問看護記録書 I

No.2

訪問看護の 依頼目的												
要介護認定の状況	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)									
ADLの状況 該当するものに○	移動	食事	排泄	入浴	着替	整容	意思疎通					
自立												
一部介助												
全面介助												
その他												
日常生活自立度	寝たきり度		J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2		
	認知症の状況		I	II a	II b	III a	III b	IV	M			
主治医等	氏 名											
	医療機関名											
	所 在 地											
	電 話 番 号											
	緊急時の連絡先											
家族等の緊急時の連絡先												
介護支援専門員等	氏 名											
	指定居宅介護支援事業所名											
	電 話 番 号											
	緊急時の連絡先											
関係機関	連絡先				担当者				備考			
保健・福祉サービス等の利用状況												

訪問看護記録書Ⅱ

利用者氏名		看護師等氏名	
		訪問職種	保健師 ・ 看護師 ・ 准看護師 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士
訪問年月日	年 月 日 () 時 分 ～ 時 分		
利用者の状態（病状）			
実施した看護・リハビリテーションの内容			
その他			
備考			
次回の訪問予定日	年 月 日 () 時 分 ～		