

# 通所介護記録票

利用者名 田中 花子

様 2017 年 2 月 3 日(金) 09 : 00 ~ 10 : 00

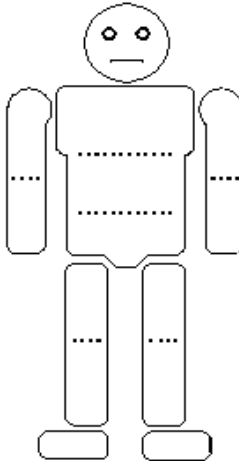
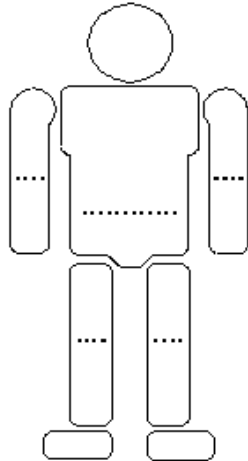
ヘルパー名 担当者 G

バイタルチェック	体温 血糖値 血圧 脈拍 体重 身長 BMI
----------	--

排泄の記録	排便 排尿 ()
-------	-------------

食事の記録	食欲 主食 副食 メニュー
-------	------------------------

水分補給	朝 昼 その他
------	---------------

(正面)	(背面)
	

状態の記録
-------

<b>送迎</b> <input type="checkbox"/> 迎え <input type="checkbox"/> 送り	<b>観察</b> <input type="checkbox"/> バイタルサイン <input type="checkbox"/> 一般状態の観察 <input type="checkbox"/> 測定	<b>入浴</b> <input type="checkbox"/> 入浴	<b>保清</b> <input type="checkbox"/> 爪切り <input type="checkbox"/> ひげそり
<b>食事</b> <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 服薬確認 <input type="checkbox"/> おやつ <input type="checkbox"/> 栄養管理	<b>口腔ケア</b> <input type="checkbox"/> 口腔ケア	<b>排泄</b> <input type="checkbox"/> 排尿 <input type="checkbox"/> 排便	<b>レクリエーション</b> <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input type="checkbox"/> 個別
<b>トレーニング</b> <input type="checkbox"/> 生活機能向上トレーニング <input type="checkbox"/> 口腔機能トレーニング	<b>その他</b> <input type="checkbox"/> その他		

備考	利用者確認印
----	--------