

訪問介護記録票

利用者名 田中 花子

様 2019 年 2 月 20 日(水) 00 : 00 ~ 00 : 00
 身体介護 分 生活介護 分
 その他

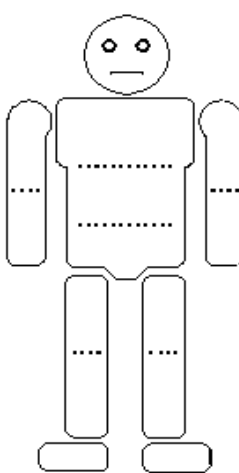
ヘルパー名 担当者 G

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

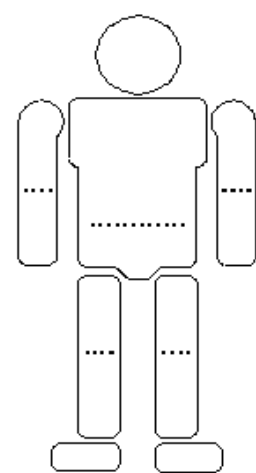
排泄の記録	排便 排尿 ()
-------	--------------

状態の記録

(正面)



(背面)



サービス準備・記録等	排泄	食事	特段調理
<input type="checkbox"/> 健康チェック <input type="checkbox"/> 環境整備 <input type="checkbox"/> 相談援助 <input type="checkbox"/> 記録等	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リネン等交換 <input type="checkbox"/> 洗浄・清拭 <input type="checkbox"/> 排便 <input type="checkbox"/> 排尿	<input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 水分補給 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 特段の調理
清拭	部分浴	入浴	洗面等
<input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 部分	<input type="checkbox"/> 手浴 <input type="checkbox"/> 足浴	<input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 洗髪	<input type="checkbox"/> 洗面 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 義歯洗浄
身体整容	更衣	体位変換	移乗・移動
<input type="checkbox"/> ひげそり <input type="checkbox"/> 整髪 <input type="checkbox"/> 爪切り <input type="checkbox"/> 耳そうじ	<input type="checkbox"/> 着替え <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 体位変換	<input type="checkbox"/> 移乗 <input type="checkbox"/> 移動
通院・外出	起床・就寝	服薬	自立援助
<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> ベッドメイク	<input type="checkbox"/> 服薬確認 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 塗布	<input type="checkbox"/> 自立への声掛け・見守り
掃除	洗濯	ベッドメイク	衣類の整理・被服の補修
<input type="checkbox"/> 居間 <input type="checkbox"/> 寝室 <input type="checkbox"/> 台所 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 風呂 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 物干し・乾燥 <input type="checkbox"/> 取り入れ・収納	<input type="checkbox"/> ベッドメイク	<input type="checkbox"/> 衣類の整理 <input type="checkbox"/> 被服の補修
調理・配膳等	買い物・薬の受け取り	その他	
<input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 配膳 <input type="checkbox"/> 後片付け	<input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 薬の受け取り	<input type="checkbox"/> その他	

備考	利用者確認印
----	--------