

訪問看護計画書

| | | | | |
|------------------------------|---------|---------------------------|-----------------|-------------------|
| 患者氏名 | 田中 花子 様 | 生年月日 | 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平 | 19 年 8 月 28 日 |
| 要介護認定 の状況 | 自立 | 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 | | | | |
| 処置の内容 | | | 衛生材料 (種類・サイズ) 等 | 有 ・ 無 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。

令和 年 月 日

事業所名

事業所住所 〒

殿

管理者氏名