

訪問看護ステーション ☆きらり☆

平成 23 年 5 月版

記入日：平成 年 月 日

記入者氏名・所属名：

ふりがな 氏 名		(男・女) T・S・H 年 月 日生 (歳)					
現 住 所				電話			
				携帯			
保護者名①		続柄		電話		携帯	
保護者名②		続柄		電話		携帯	
現在の状況		<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 家事手伝い等 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
本人の希望、困っていること				家族の希望、困っていること			
☆きらり☆利用目的							
主病名		日付 (初診～終了)		医療機関名		主治医名	
主病名以外の病名		日付 (初診～終了)		医療機関名		主治医名	
既往歴							
生活歴							
現病歴 (入院・病状・病態など)				家族構成			
				キーパーソン ()			

現在の処方と服薬状況

A D L	食事	I A D L	金銭管理			
	排泄		買い物			
	入浴		調理			
	着脱		洗濯			
	歩行		掃除			
	身だしなみ		その他			
		身長		体重		

活 動 状 況	外出・屋外活動
	趣味や楽しみ
	家族とのつき合い
	友人や知人とのつき合い
	町内活動、民生委員
	宗教や信仰活動
	その他 (ごみの日の曜日など)

本人の強みとなる地域資源など	エコマップ 
----------------	--

本人に係る関係機関	関係機関名	サービス種別	月	火	水	木	金	土	日	担当者氏名・電話
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

経済状況（家族の経済的支援の有無及び支援できる金額等）及び住宅状況

保険証の状況	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他 () 保険 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 生保
年金の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 () 年金 () 級・月額 () 円	
手帳の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 () 手帳 () 級・() 手帳 () 級	
自立支援（通院医療）	<input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請しない	

AI-ACT 加入基準：