

介護トータルシステム『寿』

訪問看護サービス



帳票サンプル



(株) 南日本情報処理センター

ご注意

1. このソフトウェアの著作権は、MIC(株)南日本情報処理センターにあります。
2. このソフトウェア及びマニュアルの一部又は全部を無断で使用・複製することはできません。
3. このソフトウェアの仕様、及びマニュアルに記載されている事柄は、将来予告なしに変更することがあります。

※サンプルアプリケーションで使用している名称は、全て架空のものです。実在する商品名、団体名、個人名とは、一切関係がありません。

一 目 次

■利用者関係帳票■

利用者台帳
利用者一覧表
保険切れ一覧
利用開始・終了者一覧
住所ラベル
主治医意見書
基本チェックリスト
災害時要援護者基本情報

■実績関係帳票■

サービス提供実績票／作成状況一覧
未収金一覧表
事業所別未収金一覧表
その他費用一覧表
サービス費請求一覧表
医療保険レセプト一覧
家族連絡票（詳細／写真有り／撮取記号有り／実施内容有り）
サービス記録
利用料請求一覧表／利用者別請求合計一覧表
訪問実績一覧表（利用者別／スタッフ別）
サービス内容実績一覧表（利用者別／スタッフ別）
入金日計表／利用者別入金一覧表
介護実施記録
スタッフ別稼働実績集計表
ケア実施状況表
ケア内容統計
その他費用明細一覧表
月別医療費控除一覧
Barthel Index

■記録関係帳票■

訪問看護記録書Ⅰ
精神科訪問看護記録書Ⅰ
訪問看護記録書Ⅱ（標準様式／フェイス判断様式）
精神科訪問看護記録書Ⅱ
温度板（直近8回分／2週間／1ヶ月）

■提出関係帳票■

訪問看護の情報提供書（様式1－様式4）
訪問看護報告書
精神科訪問看護報告書

目次

■統計資料■

年齢別利用者数
訪問看護実施状況
利用終了者状況別流れ図表
訪問看護月間集計利用者一覧表
月間利用集計表
訪問看護届出用統計情報
看護体制強化加算に係る届出書

■レセプト統計関係■

介護給付費請求書(様式第一)
介護給付費請求書_保険者別(様式第一)
介護給付費明細書(様式第二)
サービス提供証明書(様式第二)
レセプト一覧
介護度別サービスコード別請求額一覧/サービスコード別請求額-稼動額集計表
介護給付費請求額一覧
保険者別請求額一覧
サービス集計一覧
訪問看護療養費明細書(後期高齢者/社保/国保)
訪問看護療養費請求書(後期高齢者/社保/国保)
訪問看護療養費総括票(県内/県外)
訪問看護療養費別請求額一覧
医療保険分稼働額

■アセスメント■

簡易アセスメント

■サービス計画書■

日課計画表
居宅支援経過記録
サービス担当者会議の要点
サービス計画書・評価表
予防サービス計画書・評価表
訪問個別援助計画書
サービス予定カレンダー(利用者様用/スタッフ用)
訪問者別/利用者別予定一覧
訪問看護計画書(医療/介護/精神)
訪問看護指示書
精神科訪問看護指示書
特別訪問看護指示書
精神科特別訪問看護指示書
月間訪問予定表(介護/医療)

目次

課題整理総括表／ADLチャート
ケアプラン作成状況
褥瘡対策に関する看護計画書

■業務帳票■

掲示板
利用料請求書（様式A～F）
納付書（納入通知書／納入書／収入済通知書）
業務日誌
相談記録（利用希望を含む）
苦情記録
ヒヤリ・ハット記録
アクシデントレポート（事故報告書）
インシデントレポート
訪問時の取り決め
事業所住所ラベル
処方箋
カンファレンス議事録

■その他■

- ・利用者台帳 カスタマイズ運用例
診療録 （運用例 パターン1）
利用者台帳 （運用例 パターン2）
利用者台帳 （運用例 パターン3）
フェースシート （運用例 パターン4）

利用者関係帳票

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《基本情報》			
フリガナ 本人氏名	*カシ キョウ*	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	昭和14年06月16日生(82)歳
居住地	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地X X		Tel 099-XXX-XXXX
	Fax	その他連絡方法	
住所地			Tel
	Fax	その他連絡方法	

《緊急時情報》							
緊急時の連絡先	氏名	続柄	電話番号	FAX番号	郵便番号	住所	コメント
	石 京	長男嫁	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	
	石 一	長男	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	

《保険情報》									
介護保険	認定開始日	認定終了日	適用開始日	適用終了日	被保険者番号	保険者番号	要介護度等	交付年月日	認定年月日
	R01/09/01	R05/12/31	R01/09/01	R05/12/31	0024939400	011023	要介護4		
	H30/07/01	R01/08/31	H30/07/01	R01/08/31	0024939400	011023	要介護4		H30/07/01
	H29/07/01	H30/06/30	H29/07/01	H30/06/30	0024939400	011023	要介護4		
	H28/07/01	H29/06/30	H28/07/01	H29/06/30	0024939400	011023	要介護4		
	H28/03/01	H28/06/30	H28/03/01	H28/06/30	0024939400	011023	要介護4		
医療保険	保険開始日	保険終了日	法制番号	保険者番号	記号	番号/受給者番号	本人/家族		
	R03/04/01	R05/03/31	後期高齢者医療	461212		45646546			
	R02/04/01	R02/12/30	生活保護	XXXXXX		XXXXXX			
	H29/08/01	H30/03/31	後期高齢者医療	XXXXXX		XXXXXXXX			

《自立度・現状・住環境・経済状況》								
本人の状況	在宅			生活圏域	中央地区			
世帯の状況	子供と同居		見守り状況	専門的対応が必要		行政区		
住居環境	一戸建て	自宅	自室	有	階	建物名称		
住居環境 その他	床材 問題なし, 照明 少し暗いが、変更までの必要なし							
経済状況	厚生年金							
障害高齢者の日常生活自立度			自立		認知症高齢者の日常生活自立度			自立
障害高齢者 コメント				認知症高齢者 コメント				
障害等認定	種類	等級・種別等		手帳番号		障害名等		
	身障							
	その他							

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《家族情報》

家族構成	フリガナ氏名	生年月日	性別	続柄	緊急連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
	イ								
	石 一	S39/09/10	男	長男	連絡する	副介護者	099-XXX-XXXX	同居	公務員
	ナ								
	石 尚	S40/05/15	女	長男嫁	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	同居	主婦
家族関係等の状況	長男夫婦と3人暮らし。長男は仕事で不在ことが多い。長男の嫁は、会社勤め。心臓病があり、無理はできない。								

《生活状況》

今までの生活	入所系のサービスを、利用されていた。		
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	家庭菜園にいそしまれる。		ゲートボール
	時間	本人	介護者・家族
	06:00 07:00 08:00 09:00 10:00 12:00 13:30 16:00	起床 朝食 テレビ鑑賞 散歩 家庭菜園 昼食 昼寝 家庭菜園	食事準備 付き添い 見守り 食事準備
	友人・地域との関係		
	老人クラブ 週1回参加		

《生活歴》

職業歴	期間	職業名称	備考
	平成1年～	公務員	(居宅介護支援)
	令和2年	退職	
転居歴	期間	居住地	備考
	昭和12年	●●市	(居宅介護支援)

利用者番号： 1234
利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《現病歴・既往歴情報》

現病歴・既往歴・主治医	年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
	令和2年12月1日	心筋梗塞	南●●クリニック *村 陽*	T e l 099-XXX-XXXX	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	
				T e l	治療中 経観中 その他	

《利用サービス情報》

利用サービス	施設・事業者名	サービス名	利用開始日	利用終了日	その他
	訪問看護 み●●	訪問看護	R02/01/01		(居宅介護支援)
	●●法人地域の輪	地域の輪	R02/01/05	R03/02/28	(居宅介護支援)

《関係者情報》

その他関係者	関係者	氏名・名称	電話番号		住所
	医療機関	*生 ジ*	099-XXX-XXXX	090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

《社会活動》

社会活動	項目名	状態
	対人関係	近所の友人との交流あり
	外出状況/頻度	週2回 散歩
	趣味活動	ゲートボール 週1回
	その他	

利用者番号： 1234
 利用者名： *石 京*

利用者台帳

印刷日： 令和03年07月06日

《その他健康状態》

その他の健康状態	項目名	状態
	視力	両方1. 2程度
	聴力	低下している。補聴器装着しているが、機械音の聞き取りが弱い。
	嚥下／咀嚼	咀嚼は良くかみ砕いてから、飲みこんでいる。
	栄養状態	宅配にて、8割程度は摂取されている
	睡眠状態	9時間睡眠
	精神状態	特に問題なし
	その他	

《処方薬》

処方薬	薬剤名称	処方区分	剤形	用量	単位	用法					
						朝	昼	夕	寝	随	
	つむら	内服薬		1	錠	○			○	○	停止

利用者台帳

《ADL・IADL》

	項目名	評価	備考
ADL	寝返り	一部介助	
	起き上がり	一部介助	
	座位保持	全介助	
	立ち上がり	全介助	
	立位保持	一部介助	
	歩行	一部介助	
	移動	自立	
	移動の手段	杖	
IADL	項目名	評価	備考
	調理	自立	
	掃除・洗濯	一部介助	
	買物	自立	
	金銭管理	自立	
	服薬管理	一部介助	
	電話利用	自立	
	交通手段利用	自立	

《福祉サービス等》 ※各サービスの最新日付を印刷。

	名称	日付	コメント
福祉サービス等	ふれあい会食事業	R02/04/01	

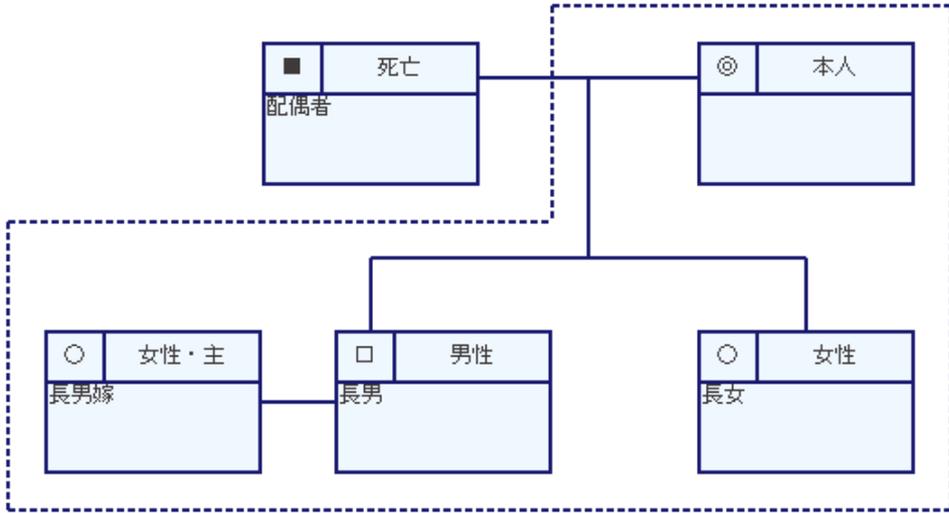
《主治医》

	医師名	所属機関	備考
主治医	*村 陽*	南●●クリニック	
		住所： 鹿児島市東開町XXXX番地	
		電話番号： 099-XXX-XXX FAX： 099-XXX-XXXX	
	田 明	●田病院	
		住所： 鹿児島市東開町XXXX番地	
	電話番号： 099-XXX-XXX FAX： 099-XXX-XXXX		
	住所：		
	電話番号：	FAX：	

家族構成図

フリガナ 本人氏名	*カシ キョウ* *石 京*	男・ 女	昭和14年06月16日生 (82)歳
--------------	-------------------	-------------	----------------------

◎回=本人、○=女性、□=男性
 ●■=死亡、☆=キーパーソン
 主介護者に「主」
 副介護者に「副」
 (同居家族は○で囲む)



《家族情報》

フリガナ 氏名	生年月日	性別	続柄	緊急 連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
イシ 一	S39/09/10	男	長男	連絡する	副介護者	099-XXX-XXXX	同居	公務員
イシ 尚	S40/05/15	女	長男嫁	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	同居	主婦
家族関係等の状況	長男夫婦と3人暮らし。長男は仕事で不在なことが多い。長男の嫁は、会社勤め。心臓病があり、無理はできない。							

利用者一覧表

印刷日 令和02年04月02日

番号	漢字氏名	カナ氏名	性別	生年月日	介護度	認定開始日	認定終了日	担当	〒番号	住 所	電話	契約日	介護支援事業者名
1	*石 二*	*カシ シロ*	男	S14/6/13	要介護2	R2/1/1	R2/12/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	099-XXX-XXXX	H30/2/1~	ケアセンター「み●●」
2	*治 一*	*シゲ イロ*	男	S14/5/31	要介護1	R2/1/1	R2/12/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	100-XXX-XXXX	H25/3/1~	ケアセンター「み●●」
3	*治 花*	*シゲ ハナ*	女	S14/6/3	要介護1	R2/1/1	R2/12/31	*阜 梅*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	101-XXX-XXXX	H25/3/1~	ケアセンター「み●●」
4	*巻 京*	*シノマキ キョウ*	女	S14/1/23	要介護1	R2/1/1	R2/12/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	102-XXX-XXXX	R2/3/13~	ケアセンター「み●●」
5	*城 良*	*ツラギ ヨシ*	女	S14/6/23	要支援2	R2/1/1	R2/12/31	*阜 梅*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	103-XXX-XXXX	H25/2/1~	ケアセンター「み●●」
6	*子 りさ*	*ナコ リサ*	女	S20/10/10	要支援2	R1/5/1	R2/4/30	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	104-XXX-XXXX	R1/8/1~	ケアセンター「み●●」
7	*田 信*	*タダ ノブナ*	男	S15/5/5	要支援2	R2/1/1	R2/12/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	099-XXX-XXXX	H29/1/1~	ケアセンター「み●●」
10	*老野 三*	*ヒノ サブロ*	男	S14/9/24	要支援2	R2/1/1	R2/12/31	*阜 梅*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	100-XXX-XXXX	H25/2/1~	ケアセンター「み●●」
11	*田 雄一*	*タダ ヨウイチ*	男	T15/1/1	要支援2	R2/1/1	R2/12/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	101-XXX-XXXX	H25/3/5~	ケアセンター「み●●」
12	*路 三*	*ミジ サブロ*	男	S14/6/14	要介護4	R1/10/1	R2/9/30	*阜 梅*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	102-XXX-XXXX	H30/1/1~	ケアセンター「み●●」
13	*路 良*	*ミジ ヨシ*	女	S14/6/17	要支援2	R1/5/1	R5/3/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	103-XXX-XXXX	H30/1/22~	ケアセンター「み●●」
14	*路 りさ*	*ミジ リサ*	女	S10/1/1	要介護4	R2/1/1	R2/12/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	104-XXX-XXXX	H30/1/1~	ケアセンター「み●●」
15	*保 小*	*ホ ショウ*	女	H27/7/31	要介護4	R2/1/1	R2/12/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	105-XXX-XXXX	H28/10/1~	ケアセンター「み●●」
17	*療 一*	*リョウ イロ*	男	S30/11/11	要介護1	R1/5/1	R2/5/31	*阜 梅*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	106-XXX-XXXX	H30/9/1~	ケアセンター「み●●」
18	*療 小*	*リョウ ショウ*	女	S25/1/1	要介護4	R2/1/1	R2/12/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	107-XXX-XXXX	H31/1/1~	ケアセンター「み●●」
20	*安 花*	*ヤス ハナ*	女	S14/3/11	要介護4	R2/1/1	R2/12/31	*玉 あや*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	108-XXX-XXXX	H25/2/1~	ケアセンター「み●●」
21	*石 京*	*カシ キョウ*	女	S14/6/16	要介護4	R1/9/1	R2/8/31	*阜 梅*	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	109-XXX-XXXX	H25/1/1~	ケアセンター「み●●」

保険切れ一覧（全サービス）

終了日 R2/4/1 ~ R2/6/30

印刷日 R2/6/2

番号	氏名	生年月日	保険者番号	被保険者番号	介護度	TEL	住所	認定期間	適用終了日	担当者
1	*子 りさ*	S20/10/10	312025	319999901	要支援2	099-XXX-XXXX	鹿児島市東開町XXXX番地	R1/5/1 ~ R2/4/30	R2/4/30	
2	*療 一*	S30/11/11	011007	1234567898	要介護1	099-XXX-XXXX	鹿児島市東開町XXXX番地	R1/5/1 ~ R2/5/31	R2/5/31	
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		
								~		

【介護保険】

令和2年4月

利用開始・終了者一覧

印刷年月日： 令和2年6月2日

訪問看護 み●● 訪問看護

【前月末利用者数 15名】

開始者一覧						終了者一覧					
No.	開始日	利用者氏名	介護度	開始状況	前回終了年月	No.	終了日	利用者氏名	介護度	終了状況	開始年月
						1	04/30	*老野 三*		社会福祉施設	H30/01

【当月末利用者数 14名】

■住所ラベル

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

石京
(*石京* 様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

石二
(*石二* 様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

治一
(*治一* 様
様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

田信
(*田信* 様
様分)

891-0116
鹿児島県鹿児島市上福元町XXX番地

下大
(*下大* 様
様分)

主治医意見書

●●病院 ●●先生 意見書

記入日

令和2年04月01日

申請者	(ふりがな) *かし きょう*	男 女	〒 891-0115
	石 京		鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地XX
	昭和14年06月16日 生 (80歳)		連絡先

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
 主治医として、本意見書が介護サービス計画書作成等に利用されることに 同意する。 同意しない。
 医師氏名 ●村 陽●
 医療機関名 南●●クリニック 電話 099-XXX-XXXX
 医療機関所在地 鹿児島市東開町XXXX番地 FAX 099-XXX-XXXX

(1)最終診察日	令和2年04月03日
(2)意見書作成回数	<input checked="" type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3)他科受診の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input checked="" type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input checked="" type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input checked="" type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()

1.傷病に関する意見

(1)診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日	
1. パーキンソン病	発症年月日 (平成22年 頃)
2. 高血圧	発症年月日 (令和1年10月 頃)
3. 狭心症	発症年月日 (令和1年11月 頃)
(2)症状としての安定性	<input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)	
(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 [最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入] 平成6年発症後次第にADL低下し、現在は屋内かろうじて伝い歩きレベルのADL。上肢に振戦あり、姿勢反射異常の為、前かがみ歩行で突進し、倒れやすい。嚥下の障害もありむせやすく、誤嚥性肺炎で8月25日から31日まで入院した。 シンメトレル60mg 3錠	

2.特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> レスプレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3.心身の状態に関する意見

(1)日常生活の自立度等について	
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
・認知症高齢者の日常生活自立度	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
(2)認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
・短期記憶	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない
・自分の意思の伝達能力	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input checked="" type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的な要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない
(3)認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てにチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)	
<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()
(4)その他の精神・神経症状	
<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	[症状名: 振戦、すくみ足、突進 専門医受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 () <input checked="" type="checkbox"/> 無]

(5) 身体の状態

利き腕(右 左) 身長 = cm 体重 = kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

四肢欠損 (部位: _____)

麻痺 右上肢 (程度: 軽 中 重) 左上肢 (程度: 軽 中 重)

右下肢 (程度: 軽 中 重) 左下肢 (程度: 軽 中 重)

その他 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

筋力の低下 (部位: 下肢 程度: 軽 中 重)

関節の拘縮 (部位: 上肢 程度: 軽 中 重)

関節の痛み (部位: 上肢 程度: 軽 中 重)

失調・不随意運動 ・上肢 右 左 ・下肢 右 左 ・体幹 右 左

褥瘡 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

その他の皮膚疾患 (部位: _____ 程度: 軽 中 重)

4.生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行 自立 介助があればしている していない

車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助

現在の栄養状態 良好 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (_____)

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊

低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 (_____)

→ 対処方針 (_____)

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いてください。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療

訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導

訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他の医療系サービス (_____)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 特になし あり (_____) ・移動 特になし あり (適時の介助 _____)

・摂食 特になし あり (_____) ・運動 特になし あり (_____)

・嚥下 特になし あり (むせあり、見守り必要 _____) ・その他 (_____)

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください。)

無 有 (_____) 不明

5.特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

家事能力は失われている。移動は見守りと適時の介助を要する。

主治医意見書

●●病院 ●●先生 意見書

記入日 令和2年04月01日

申請者 (ふりがな) *かし きょう* 男 千 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地XX *石 京* 昭和14年06月16日 生 (80 歳) 連絡先
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
主治医として、本意見書が介護サービス計画書作成等に利用されることに 同意する。 同意しない。
医師氏名 ●村 陽●
医療機関名 南●●クリニック 電話 099-XXX-XXXX
医療機関所在地 鹿児島市東開町XXXX番地 FAX 099-XXX-XXXX
(1)最終診察日 令和2年04月03日
(2)意見書作成回数 初回 2回目以上
(3)他科受診の有無 (有の場合)→ 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 その他

1.傷病に関する意見

(1)診断名(特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入)及び発症年月日
1. パーキンソン病 発症年月日(平成22年 頃)
2. 高血圧 発症年月日(令和1年10月 頃)
3. 狭心症 発症年月日(令和1年11月 頃)
(2)症状としての安定性 安定 不安定 不明
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)
(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
[最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入]
平成6年発症後次第にADL低下し、現在は屋内からうじて伝い歩きレベルのADL。上肢に振戦あり、姿勢反射異常の為、前かがみ歩行で突進し、倒れやすい。嚥下の障害もありむせやすく、誤嚥性肺炎で8月25日から31日まで入院した。 シンメトレル60mg 3錠

2.特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法
レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養
特別な対応 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置
失禁への対応 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3.心身の状態に関する意見

(1)日常生活の自立度等について
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
(2)認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
・短期記憶 問題なし 問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない
・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的な要求に限られる 伝えられない
(3)認知症の行動・心理症状(BPSD) (該当する項目全てにチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
無 有
幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言 暴行 介護への抵抗 徘徊
火の不始末 不潔行為 異食行動 性的問題行動 その他
(4)その他の精神・神経症状
無 有 [症状名: 振戦、すくみ足、突進 専門医受診の有無 有 無]

(5)身体の状態

利き腕(右 左) 身長= 156.2 cm 体重= 56 kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)
四肢欠損 (部位:)
麻痺 右上肢(程度: 軽 中 重) 左上肢(程度: 軽 中 重)
右下肢(程度: 軽 中 重) 左下肢(程度: 軽 中 重)
その他(部位: 程度: 軽 中 重)
筋力の低下 (部位: 下肢 程度: 軽 中 重)
関節の拘縮 (部位: 上肢 程度: 軽 中 重)
関節の痛み (部位: 上肢 程度: 軽 中 重)
失調・不随意運動 ・上肢 右 左 ・下肢 右 左 ・体幹 右 左
褥瘡 (部位: 程度: 軽 中 重)
その他の皮膚疾患(部位: 程度: 軽 中 重)

4.生活機能とサービスに関する意見

(1)移動
屋外歩行 自立 介助があればしている していない
車いすの使用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用
(2)栄養・食生活
食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助
現在の栄養状態 良好 不良
→ 栄養・食生活上の留意点 ()
(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針
尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊
低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ()
→ 対処方針 ()
(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し
期待できる 期待できない 不明
(5)医学的管理の必要性(特に必要性の高いものには下線を引いてください。予防給付により提供されるサービスを含みます。)
訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療
訪問薬剤管理指導 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導
訪問栄養食事指導 通所リハビリテーション その他の医療系サービス ()
(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項
・血圧 特になし あり () ・移動 特になし あり (適時の介助)
・摂食 特になし あり () ・運動 特になし あり ()
・嚥下 特になし あり (むせあり、見守り必要) ・その他 ()
(7)感染症の有無 (有の場合は具体的に記入してください。)
無 有 () 不明

5.特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)
家事能力は失われている。移動は見守りと適時の介助を要する。

基本チェックリスト

利用者番号： 1234

記入日： 令和2年4月1日(水)

氏名	*石 京*	様	住所	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 2 4	生年月日	昭和14年6月16日
希望するサービス内容	訪問看護					
No.	質問項目	回答		計		
生活全般	1	バスや電車で1人で外出していますか		1		
		0. はい	1. いいえ			
	2	日用品の買物をしていますか				
		0. はい	1. いいえ			
	3	預貯金の出し入れをしていますか				
	0. はい	1. いいえ				
4	友人の家を訪ねていますか		0. はい	1. いいえ		
	0. はい	1. いいえ				
5	家族や友人の相談にのっていますか		0. はい	1. いいえ		
	0. はい	1. いいえ				
運動機能	6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか		5		
		0. はい	1. いいえ			
	7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか				
		0. はい	1. いいえ			
	8	15分位続けて歩いていますか				
	0. はい	1. いいえ				
9	この1年間に転んだことがありますか		1. はい	0. いいえ		
	1. はい	0. いいえ				
10	転倒に対する不安は大きいですか		1. はい	0. いいえ		
	1. はい	0. いいえ				
栄養	11	6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか		0		
		1. はい	0. いいえ			
12	身長 152 cm 体重 50 kg (BMI = 21.6) (注)					
口腔・嚥下	13	半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか		3		
		1. はい	0. いいえ			
	14	お茶や汁物等でむせることがありますか				
	1. はい	0. いいえ				
15	口の渇きが気になりますか		1. はい	0. いいえ		
	1. はい	0. いいえ				
外出	16	週に1回以上は外出していますか		2		
		0. はい	1. いいえ			
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか		1. はい	0. いいえ		
	1. はい	0. いいえ				
認知	18	周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか		3		
		1. はい	0. いいえ			
	19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか				
	0. はい	1. いいえ				
20	今日が何月何日かわからない時がありますか		1. はい	0. いいえ		
	1. はい	0. いいえ				
1～20の合計				14		
生活意欲	21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない		2		
		1. はい	0. いいえ			
	22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった				
		1. はい	0. いいえ			
	23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる				
	1. はい	0. いいえ				
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない		1. はい	0. いいえ		
	1. はい	0. いいえ				
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする		1. はい	0. いいえ		
	1. はい	0. いいえ				
1～25の合計				16		

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) が18.5未満の場合に該当とする。

[備考]

災害時要援護者基本情報

作成日：令和2年4月3日

フリガナ		*カシ キョウ*		女	昭和14年6月16日生 (80) 歳	
要援護者氏名		*石 京*				
住所		鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24			電話1	099-XXX-XXXX
					電話2	090-XXXX-XXXX
障害等認定	身体障害					
	療育					
	精神障害					
	難病					
	その他					
住居環境	一戸建て	自室有り	階	世帯状況	子供と同居	
緊急連絡先	氏名・名称	続柄	電話	住所		
	石 美	長男嫁	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地		
	石 卓	長男	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地		
避難勧告	伝達方法	民生員			伝達者氏名	*田 富*
	留意事項	難聴あり				
避難時	避難支援者	氏名・名称	続柄	電話	住所	
		石 美	長男嫁	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地	
	必要支援者数	1	人	避難時の必要物品	杖	
避難所	第1避難所	公民館		避難手段	徒歩	
	第2避難所	息子宅		避難手段		
	携行する医薬品等					
	留意事項					
避難所	避難所での必要物品	おむつ				
	生活に必要な医療機器					
	留意事項					

実績関係帳票

利用者番号： 1234

令和2年4月

サービス提供実績票

居宅介護支援事業所名： ケアセンター ●● 様

Tel: Fax:

サービス提供事業所名： 訪問看護 み●●

計画単位： 4,488

利用者名： *石京* 様 生年月日： 昭和14年6月16日

介護度： 要介護4

実績単位： 4,488

提供時間帯	サービス内容	月間サービス計画及び実績の記録																													合計				
		日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	回数	概算単位	
		曜日	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木			
16:00 ~ 17:00	訪看 I 4	予定				1						1								1							1							4	
		実績				1						1								1							1							4	4,488
	訪問看護特別管理加算 II	予定				1						1								1							1						4		
		実績				1						1								1							1						4	(250)	
	訪問看護サービス提供体制加算 1	予定				1						1								1							1						4		
		実績				1						1								1							1						4	(24)	

概算単位が“()”で括られているものは、区分支給限度額管理対象外です。

サービス提供実績票別表

※レセプト情報より出力しています。計算方法の違いにより、サービス提供票別表の金額と数円の誤差が発生する場合があります。

サービス内容	コード	単位数	回数	単位/金額	区分支給超過単位数	区分支給内単位数	単価	費用総額(保険分)	給付率	保険請求額	定額利用者負担単価金額	公費・軽減給付額	利用者負担(保険分)	利用者負担(公費/軽減分)
訪看 I 4	131311	1,122	4	4,488			10.00		100					
訪問看護特別管理加算 II	134001	250	1	(250)			10.00		100					
訪問看護サービス提供体制加算 1	136101	6	4	(24)			10.00		100					
計画単位		4,488	合計	4,488	0	4,488		47,620		38,096		9,524	0	0

合計情報

サービス種類	計画単位	限度額対象	限度額対象外	給付単位数
訪問看護	4,488	4,488	274	4,762

提供実績票作成状況一覧

提供年月：令和2年4月 分

印刷日：令和2年6月3日

支援事業所番号	支援事業所名	No.	利用者氏名	介護度	被保険者 番号	保険者 番号	計画単位	限度額対象	限度額対象外	給付単位数	超過単位数
468888888	東●●●地域包括支援センター	1	*城 良*	要支援2	9900000001	462010	0	10,270	0	0	10,270
469999997	介護老人保健施設 ●苑	1	*石 京*	要介護4	0024939400	011023	4,488	4,488	274	4,762	0
		2	*療 一*	要介護1	1234567898	011007	0	20,196	0	0	20,196
469999888	小規模多機能事業所 い●●	1	*路 三*	要介護4	2800000003	462010	0	3,204	0	0	3,204
469999996	訪問看護 み●●	1	*石 二*	要介護2	0000025566	462010	0	7,371	0	0	7,371

未収金一覧

請求金額合計	41,065
未収金額合計	41,065
入金額合計	0

R2/05/01~R2/05/15

R2/05/15 時点

印刷日

R2/5/15

請求書番号	利用者番号	利用者名	請求グループ名	請求日	請求開始日	請求終了日	請求金額	未収金額	最終入金日	送付先
117		* 州 三 *	みずき訪問サービスグループ	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	1,500	1,500		区分 請求書送付 * 州 三 * 電話 住所
		* 州 三 *				計	1,500	1,500		
118		* 州 良 *	みずき訪問サービスグループ	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	3,300	3,300		区分 口座引落 大●コンピュータサービス * 州 良 * 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 州 良 *				計	3,300	3,300		
81	1234	* 石 京 *	みずき訪問サービスグループ	R2/05/10	R2/04/01	R2/04/30	22,250	22,250		区分 口座引落 ●●銀行 * 石 京 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 X X
	1234	* 石 京 *				計	22,250	22,250		
82	107	* 治 一 *	みずき訪問サービスグループ	R2/05/10	R2/04/01	R2/04/30	11,915	11,915		区分 口座引落 大●コンピュータサービス * 治 一 * 電話 099-XXX-XXXX 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
	107	* 治 一 *				計	11,915	11,915		
119	1022	* 豆 一 *	みずき訪問サービスグループ	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	2,100	2,100		区分 請求書送付 * 豆 一 * 電話 住所 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X - 1 1 3
	1022	* 豆 一 *				計	2,100	2,100		

事業所別未収金一覧表 (訪問看護 み●●)

印刷日 2020年05月15日

提供期間 2020年4月1日 ~ 2020年4月30日

番号	利用者氏名	性別	保険内金額					その他自費	減免額	自事業所の請求金額計	他事業所の請求金額計	今月請求金額計	前月までの未収金額計	今月入金金額計	今月末未収金額計
160145	*当ID 13970*	男	¥14,610	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥14,610	¥0	¥14,610	¥0	¥0	¥14,610
	* 京 *	女	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥15,000	¥0	¥15,000	¥0	¥15,000	¥0	¥0	¥15,000
1234	* 石 京 *	女	¥18,554	¥0	¥0	¥0	¥0	¥840	¥0	¥19,394	¥0	¥19,394	¥0	¥0	¥19,394
1036	* 石 二 *	男	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥800	¥0	¥77,550	¥0	¥77,550	¥0	¥0	¥77,550
1010	* 治 一 *	男	¥9,430	¥0	¥0	¥0	¥0	¥7,800	¥0	¥17,230	¥0	¥17,230	¥0	¥0	¥17,230
	* 城 良 *	女	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥103,480	¥0	¥103,480	¥0	¥0	¥103,480
1012	* 路 一 *	男	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥32,760	¥0	¥32,760	¥0	¥0	¥32,760
	* 保 小 *	女	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥3,900	¥0	¥3,900	¥0	¥3,900	¥0	¥0	¥3,900
	* 療 一 *	男	¥0	¥0	¥0	¥0	¥0	¥5,400	¥0	¥210,400	¥0	¥210,400	¥0	¥0	¥210,400
	全体合計		¥42,594	¥0	¥0	¥0	¥0	¥33,740	¥0	¥494,324	¥0	¥494,324	¥0	¥0	¥494,324

実施日 R02/04/01~R02/04/30

その他費用一覧表 (訪問看護 み●●)

)

印刷日 R02/06/03

	おむつ代	ベッド代				合計金額	軽減額合計	請求金額	(8%分消費税額)
	食事代	洗濯代							(10%分消費税額)
	共益費	交通費							消費税合計額
	テレビ代	キャンセル料							
* 京 *	0	15,000							
R02/04/01~R02/04/30	0	0							0
小計	0	0				15,000	0	15,000	0
* 石 京 *	480	0							
R02/04/01~R02/04/30	0	0							0
小計	0	0				480	0	480	0
* 石 二 *	0	0							
R02/04/01~R02/04/30	0	0							0
小計	0	800				800	0	800	0
* 治 一 *	0	0							
R02/04/01~R02/04/30	0	7,800							0
小計	0	0				7,800	0	7,800	0
* 保 小 *	0	0							
R02/04/01~R02/04/30	0	3,900							0
小計	0	0				3,900	0	3,900	0
* 療 一 *	0	0							
R02/04/01~R02/04/30	0	5,400							0
小計	0	0				5,400	0	5,400	0
総合計	480	15,000							
	0	0							0
	0	17,100							0
	0	800							0
						33,380	0	33,380	0

実施日 R02/04/01~R02/04/30

サービス費請求一覧表 (訪問看護 み●●

介護)

印刷日 R02/06/03

訪問看護

	訪問20分未満	訪問理学療法士等	特別地域加算	特別管理加算	連携強化加算	介護(保険) 介護(自費)	保険内単位	合計金額	軽減額	請求金額
	訪問30分未満	定期巡回	小規模事業所加算	ターミナルケア加算	サービス提供体制加算					
	訪問1時間未満	特別指示減算	中山間地域等提供加算	初回加算	訪問体制強化加算					
	訪問1時間30分未満	同一建物減算	緊急時訪問看護加算	退院時共同指導加算						
石 京	0	0	0	250	0	9,524				
	0	0	0	0	24	0				
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0	0					
	4,488	0	0	0		4,762				
小計								9,524	0	9,524
石 二	0	0	0	250	0	0				
	0	0	0	0	54	76,750				
R02/04/01~R02/04/30	7,371	0	0	0	0					
	0	0	0	0		0				
小計								76,750	0	76,750
路 三	0	3,204	0	0	0	0				
	0	0	0	0	72	32,760				
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0	0					
	0	0	0	0		0				
小計								32,760	0	32,760
療 一	0	0	0	250	0	0				
	0	0	0	0	54	205,000				
R02/04/01~R02/04/30	0	0	0	0	0					
	20,196	0	0	0		0				
小計								205,000	0	205,000
総合計	0	3,204	0	750	0	9,524				
	0	0	0	0	204	314,510				
	7,371	0	0	0	0					
	24,684	0	0	0		4,762				
								324,034	0	324,034

レセプト一覧

令和2年5月分

印刷日：令和2年6月3日

種類	利用者氏名 (利用者番号)	実日数	看護師等	准看護師	理学療法士	作業療法士	専門の研修	難病等複数回	緊急訪問看護	長時間訪問
		請求金額	乳幼児加算	複数名訪問	夜間深夜加算	連携強化加算	管理療養費	24時間加算	特別管理加算	退院時共同
		負担金額	特別管理指導	退院支援	在宅患者	カンファレンス	情報提供	ターミナル加算	精神重症支援	
1 社 1 単独 6 家族	*川 仁* (160145)	5	27,750							
		48,690					19,440			
							1,500			
	合 計	5	27,750							
		48,690					19,440			
						1,500				
3 後期 1 単独 0 高齢7	*治 一* (1010)	6	26,100							
		31,440					31,440			
	合 計	6	26,100							
		31,440					31,440			
総合計		11	53,850							
		80,130					50,880			
							1,500			

* 石 京 *		様	生年月日	昭和14年6月16日	(80 歳)
令和02年4月4日(土)					
【健康チェック】	血圧	125 / 95			
	脈拍	72 回/分			
	体温	36.4 ℃			
【ご家族への連絡事項】					
<p>褥瘡予防として 長い時間同じところの圧迫を避けるため、定期的に体位変換を行いました。骨の突き出しがない広い面積のお尻の筋肉(殿筋)で体重を受けることができる「30度側臥位」をクッションなどを活用して、できるだけ広い接触面積で姿勢を保てるように対応しました。</p>					
【ご家族からの連絡事項】					

		様	生年月日	(歳)	
【健康チェック】	血圧	/			
	脈拍	回/分			
	体温	℃			
【ご家族への連絡事項】					
【ご家族からの連絡事項】					

石 京 様 生年月日 昭和14年6月16日 (80歳)

令和02年4月4日(土)

【健康チェック】	血圧	125 / 95
	脈拍	72 回/分
	体温	36.4 °C

【ご家族への連絡事項】

褥瘡予防として
長い時間同じところの圧迫を避けるため、定期的に体位変換を行いました。骨の突き出しがない広い面積のお尻の筋肉(殿筋)で体重を受けることができる「30度側臥位」をクッションなどを活用して、できるだけ広い接触面積で姿勢を保てるように対応しました。

【ご家族からの連絡事項】



石京	様	生年月日	昭和14年6月16日	(80歳)
令和02年4月4日(土)				
		血压	125 / 95	
【健康チェック】		脈拍	72	回/分
		体温	36.4	℃
【食事】	食事量	昼 主食	9割○	
		副食	10割◎	
		昼間 主食	割	
【水分】	摂取量	1800		
【排泄】	排尿量	1000	排便	普通

【ご家族への連絡事項】

褥瘡予防として
長い時間同じところの圧迫を避けるため、定期的に体位変換を行いました。骨の突き出しがない広い面積のお尻の筋肉(殿筋)で体重を受けることができる「30度側臥位」をクッションなどを活用して、できるだけ広い接触面積で姿勢を保てるように対応しました。

【ご家族からの連絡事項】

	様	生年月日	(歳)	
		血压	/	
【健康チェック】		脈拍	回/分	
		体温	℃	
【食事】	食事量	昼 主食	割	
		副食	割	
		昼間 主食	割	
【水分】	摂取量			
【排泄】	排尿量		排便	

【ご家族への連絡事項】

【ご家族からの連絡事項】

石 京 様 生年月日 昭和14年6月16日 (80歳)

令和02年4月4日(土)

【健康チェック】 血圧 125 / 95
脈拍 72 回/分
体温 36.4 °C

【食事】 食事量 昼 主食 10割 ◎ 副食 割
夜間 主食 割

【水分】 摂取量 2000

【排泄】 排尿量 1000 排便 普通

【実施内容】

医療的処置 ■褥瘡予防・処置 □胃・瘻孔バルーンカテーテル管

【ご家族への連絡事項】

褥瘡予防として
長い時間同じところの圧迫を避けるため、定期的に体位変換を行いました。骨の突き出しがない広い面積のお尻の筋肉(殿筋)で体重を受けることができる「30度側臥位」をクッションなどを活用して、できるだけ広い接触面積で姿勢を保てるように対応しました。

【ご家族からの連絡事項】

実施日 令和2年4月1日～令和2年4月30日

利用料請求一覧表

(訪問看護 み●●)

印刷日 令和2年6月4日

	おむつ代	ベッド代			介護(保険)	医療負担分	介護軽減額	最終入金日	入金額 累計入金額 未収金額 消費税額	請求区分 金融機関名 発行日
	食事代	洗濯代			介護(自費)					
	共益費	交通費			保険内単位					
	テレビ代	キャンセル料								
石京	480	0			9,524	0	0		0	口座引落 ●●銀行 R02/06/03
1234	0	0		0				0		
R02/04/01～R02/04/30	0	0						10,004		
52	0	0		4,762				0		
小計						10,004	0	10,004	0	
石二	0	0			0	0	0	R02/06/03	77,550	請求書送付 R02/06/03
1036	0	0		76,750				77,550		
R02/04/01～R02/04/30	0	0						0		
53	0	800		0				77,550		
小計						77,550	0	77,550	0	
治一	0	0			0	9,430	0	R02/06/03	17,230	請求書送付 R02/06/03
1010	0	0		0				17,230		
R02/04/01～R02/04/30	0	7,800						0		
54	0	0		0				17,230		
小計						17,230	0	17,230	0	
療一	0	0			0	0	0	R02/06/03	210,400	請求書送付 R02/06/03
	0	0		205,000				210,400		
R02/04/01～R02/04/30	0	5,400						0		
58	0	0		0				210,400		
小計						210,400	0	210,400	0	
総合計	480	0			9,524	9,430	0		305,180	
	0	0			281,750				305,180	
	0	13,200							10,004	
	0	800			4,762				0	
						315,184	0	315,184	0	

利用者別請求合計一覧表

実施日：令和2年4月1日～令和2年4月30日

作成日：令和2年5月14日

請求区分：請求書送付、口座引落、振込

No.	利用者氏名	合計請求額	訪問看護 み●●
1	* 京 *	15,000	15,000
2	* 石 京 *	19,394	19,394
3	* 石 二 *	77,550	77,550
4	* 治 一 *	17,230	17,230
5	* 城 良 *	103,480	103,480
6	* 路 一 *	32,760	32,760
7	* 保 小 *	3,900	3,900
8	* 療 一 *	210,400	210,400
	合計	479,714	479,714

訪問実績一覧表

令和02年4月1日 ~ 令和02年4月30日

令和02年6月4日

* 石 京 *

住所： 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4

訪問日	スタッフID	スタッフ名	提供時間帯	合計時間	実施回数	提供種類	備考
4日	0001	* 玉 あや *	10:00 ~ 10:59	59	1	医療	
11日	0002	* 知 小 *	16:00 ~ 16:59	59	1	医療	
18日	0001	* 玉 あや *	16:00 ~ 16:59	59	1	医療	
25日	0002	* 知 小 *	16:00 ~ 16:59	59	1	介護	
総件数： 4 件			総合計： 3時間56分				

訪問実績一覧表

令和02年4月1日 ~ 令和02年4月30日

令和02年6月4日

* 玉 あや *

職種名： 看護師

住所：

訪問日	利用者番号	利用者氏名	提供時間帯	合計時間	実施回数	提供種類	住所
4日	1234	* 石 京 *	10:00 ~ 10:59	59	1	医療	鹿児島県鹿児島市東開町×××番地24
18日	1234	* 石 京 *	16:00 ~ 16:59	59	1	医療	鹿児島県鹿児島市東開町×××番地24
		総件数： 2 件	総合計： 1時間58分				

令和02年04月

利用者別サービス内容実績一覧表

印刷日：令和02年05月02日

利用者名	サービス内容	提供時間帯	合計	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
				水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木
石 京	訪看 I 3		10			1	1			1			1				1			1				1			1	1			1		
石 二	訪看 I 3		7	1		1					1		1					1							1							1	
城 良	予訪看 I 3		13	1		1	1				1		1	1				1		1	1				1		1	1			1		
療 一	訪看 I 4		18	1	1	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	
合計			4										1							1	1						1						
	訪看 I 3		17	1		2	1			1	1		2				1	1		1				1	1		1	1			1	1	
	訪看 I 4		18	1	1	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1				1	1	1	1			1	1	
	予訪看 I 3		13	1		1	1				1		1	1				1		1	1				1		1	1			1		

※ヘルパーごとの延べ件数をカウントします。(2人で訪問の場合2) 訪問者が入力されていない場合は1でカウントします。

令和02年04月

スタッフ別サービス内容実績一覧表

印刷日：令和02年05月02日

スタッフ名	サービス内容	提供時間帯	合計	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
				水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	
玉 あや	訪看 I 3		12	1		1	1			1			2				1			1			1			1						1	1	
知 小	訪看 I 3		3			1												1										1						
木 あざ	訪看 I 3		1								1																							
取 史	訪看 I 3		1																						1									
合計	訪看 I 3		17	1		2	1			1	1		2				1	1		1			1	1		1	1		1	1		1	1	

入金日計表

入金日期間：令和02年04月01日 ～ 令和02年04月30日

印刷日：令和02年06月04日

	利用者番号	利用者名	請求期間	請求書番号	入金日	請求金額	保険分金額	その他費用金額	前回までの 入金額累計	入金金額	未収金額	入金区分
1	1022	*豆 一*	R02/04/01～R02/04/30	48	R02/04/09	1,000	1,000	0	0	1,000	0	窓口入金
2	1023	*前 一*	R02/04/01～R02/04/30	49	R02/04/09	2,000	2,000	0	0	2,000	0	窓口入金
3	1007	*都宮 一*	R02/04/01～R02/04/30	45	R02/04/09	6,928	6,828	100	0	6,928	0	窓口入金
4	1008	*部 京*	R02/04/01～R02/04/30	46	R02/04/09	3,745	3,745	0	0	3,745	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	13,673	0	
				合計		-	-	-	-	13,673	0	

利用者別入金一覧表

入金日期间： 令和02年04月01日 ～ 令和02年04月30日

印刷日： 令和02年06月04日

	利用者番号	利用者名	請求期間	請求書番号	入金日	請求金額	保険分金額	その他費用金額	前回までの 入金額累計	入金金額	未収金額	入金区分
1	1022	*豆 一*	R02/04/01～R02/04/30	48	R02/04/09	1,000	1,000	0	0	1,000	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	1,000	0	
2	1023	*前 一*	R02/04/01～R02/04/30	49	R02/04/09	2,000	2,000	0	0	2,000	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	2,000	0	
3	1007	*都宮 一*	R02/04/01～R02/04/30	45	R02/04/09	6,928	6,828	100	0	6,928	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	6,928	0	
4	1008	*部 京*	R02/04/01～R02/04/30	46	R02/04/09	3,745	3,745	0	0	3,745	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	3,745	0	
					合計	-	-	-	-	13,673	0	

介護実施記録

*石京*様 女性 昭和14年6月16日生 80歳 要介護4

	責任者	主任	担当

記録日: 令和2年4月4日(土)

時間	サービス内容	血圧	体温 脈拍	服薬	食事	水分	排泄	実施記録
0:00								0:00 【その他費用】 [おむつ代A]
1:00								単価: 120 回数: 1 金額: 120
2:00								[合計金額]120円 10:00 【水分・排泄】
3:00								排尿回数: 2回 排便量: 普通 排便 回数: 1回 排便状態: 軟便
4:00								10:00~10:59 【ケア実施記録】 [医療的処置]
5:00								褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔ガーゼ交 換
6:00								褥瘡予防対策の実施 10:00 【申し送り】
7:00								褥瘡予防対策の実施 12:00 【昼食】
8:00								主食: 9割 ○ 副食: 10割 ◎ 12:30 【薬服用歴】
9:00								[●5%ホルマリンA] 1mg 16:00 【ケア実施記録】
10:00						500	排尿 排便	[看護・介助] 一般状態の観察, 寝衣交換, 体位交換 処方薬代行, 与薬
11:00								[医療的処置] 褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーン カテーテル管
12:00					9 ○ 10 ◎			[リハビリ・その他] 医師へ連絡, ケアマネージャーへ連 絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡
13:00								16:00 【ケア実施記録】 [看護・介助]
14:00								全身清拭, 受診同行, 内服確認, 与薬
15:00								[医療的処置] 褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーン カテーテル管
16:00	人口肛門・パウチ交換、瘻孔創部ガー ゼ交換	125 95	36.4 72					[リハビリ・その他] 医師へ連絡, ケアマネージャーへ連 絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡
17:00								水分摂取量合計 500ml
18:00								支援経過記録 10:00~10:59 *玉 あや*
19:00								【実施項目】 [医療的処置]
20:00								褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔ガーゼ交 換
21:00								【特記事項】 褥瘡予防対策の実施
22:00								
23:00								

実施記録	実施記録
16:00 *玉 あや*	[リハビリ・その他]
【実施項目】	医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, ヘルパーへ連絡, 家 族へ連絡
[看護・介助] 一般状態の観察, 寝衣交換, 体位交換, 処方薬代行, 与薬	16:00 *玉 あや*
[医療的処置] 褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管	【実施項目】 [看護・介助]

介護実施記録

石 京 様

記録日： 令和2年4月4日(土)

実施記録	実施記録
全身清拭, 受診同行, 内服確認, 与薬	
[医療的処置]	
褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管	
[リハビリ・その他]	
医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡	

ケア実施状況表（ 医療的処置 ）

対象期間 R2/4/1～R2/4/30

訪問看護 み●●

No.	利用者	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30			
		水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木			
1	*当道*																																	
2	*京*																																	
3	*石京*	胃			褥胃																													
4	*石二*																																	
5	*治一*																																	
6	*治花*																																	
7	*城良*																																	
8	*田信*											人														人								
9	*阪小*																																	
10	*阪介*																																	
11	*老野三*																																	
12	*田雄一*														マ																			
13	*路三*																																	
14	*路通*																																	
15	*路良*																																	
16	*路りさ*																																	
17	*保小*																																	
18	*安花*										人																					人		
19	*立祐*																																	
20	*療一*																																	
21	*療小*																																	
22	*加古*																							マ										

記号説明 褥:褥瘡予防・処置 人:人口肛門・パウチ交換 瘻:瘻孔創部ガーゼ交換 胃:胃・瘻孔バルーンカテーテル管 胃:胃・瘻孔ガーゼ交換 マ:マーゲンチューブ交換・管理 気:気管カニューレ交換・介助 カ:カテーテル交換・管理 バ:バルーンカテーテル交換(女) 膀:膀胱清掃 検:検査介助 導:導尿 喀:喀痰吸引・管理 浣:浣腸・摘便 点:点滴介助・管理 在:在宅酸素吸入・管理 栄:栄養管理(鼻腔) 栄:栄養管理(胃瘻) 栄:栄養管理(HPN) 服:服薬指導・管理 注:注射(IS) 注:注射(IM) 注:注射(IV) 注:注射(DIV) イ:インスリン注射指導 血:血糖チェック C:CAPD指導・管理 自:自己導尿指導 栄:栄養指導 介:介護・看護指導 家:家族健康チェック 健:健康相談 受:受診推奨 メ:メンタルケア 軟:軟膏・ローション塗布 体:体重測定 散:散歩 点:点眼

ケア内容統計

対象期間: 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

印刷日: 令和2年6月8日

看護・介助	
一般状態の観察	2
全身清拭	1
部分清拭	1
寝衣交換	1
体位交換	1
受診同行	1
処方薬代行	1
内服確認	1
与薬	2
小計	11

医療的処置	
褥瘡予防・処置	5
胃・瘻孔バルーンカテーテル管	3
胃・瘻孔ガーゼ交換	2
喀痰吸引・管理	1
浣腸・摘便	1
点滴介助・管理	1
小計	13

リハビリ・その他	
医師へ連絡	3
ケアマネージャーへ連絡	3
ヘルパーへ連絡	2
家族へ連絡	3
小計	11
総計	35

月別医療費控除一覧

* 石 京 * 様

住所 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4

医療費控除対象金額

21,304 円

ご 利 用 年 月	請 求 金 額	医療費控除対象金額
令和2年1月	0 円	0 円
令和2年2月	0 円	0 円
令和2年3月	0 円	0 円
令和2年4月	10,004 円	9,524 円
令和2年5月	12,380 円	11,780 円
令和2年6月	0 円	0 円
令和2年7月	0 円	0 円
令和2年8月	0 円	0 円
令和2年9月	0 円	0 円
令和2年10月	0 円	0 円
令和2年11月	0 円	0 円
令和2年12月	0 円	0 円
合 計	22,384 円	21,304 円

上記、“医療費控除対象金額”欄に記載されている金額は、当施設にて対象費用としてご利用されたものである事を証明いたします。

令和2年6月8日

利用者氏名： *石 京*

測定日： 令和3年4月2日

生年月日： 昭和14年6月16日 女 81 歳

測定者： *媛 悟*

要介護度： 要介護4

バーセルインデックス (Barthel Index : 機能的評価)

	点数	質問内容	得点
1 食事	⑩ 5 0	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える 部分介助 (たとえば、おかずを切って細かくしてもらう) 全介助	10
2 椅子と ベッド間の 移乗	⑮ 10 5 0	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む (非行自立も含む) 軽度の部分介助または監視を要する 座ることは可能であるがほぼ全介助 全介助または不可能	15
3 整容	⑤ 0 0	自立 (洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り) 部分介助 全介助	5
4 トイレ動作	10 ⑤ 0	自立 (衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む) 部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する 全介助または不可能	5
5 入浴	5 ① 0	自立 部分介助 全介助	0
6 平地歩行	15 ⑩ 5 0	45M 以上の歩行、補装具 (車椅子、歩行器は除く) の使用の有無は問わず 45M 以上の介助歩行、歩行器の使用を含む 歩行不能の場合、車椅子にて45M 以上の操作可能 上記以外	10
7 階段昇降	⑩ 5 0	自立、手すりなどの使用の有無は問わない 介助または監視を要する 不能	10
8 更衣	10 5 ①	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む 部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える 上記以外	0
9 排便 コントロール	10 ⑤ 0	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能 ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む 上記以外	5
10 排尿 コントロール	10 ⑤ 0	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能 ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む 上記以外	5

合計得点 (65 / 100点)

記録関係帳票

訪問看護記録書 I

No. 1

利用者氏名	*治 一*	生年月日	昭和14年05月31日 (80歳)		
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町XXX-25	電話番号			
看護師等氏名	*知 小*	訪問職種	看護師		
初回訪問年月日	令和2年03月25日(水)	13:30	～	15:00	
主たる傷病名	関節リウマチ・両膝関節痛 真皮に達する重度仙骨部褥瘡 脊柱管狭窄症				
現 病 歴	整形に通院（南日本病院→MIC病院）自宅で倒れているところ発見されMIC病院へ入院。左膝化膿性関節炎・敗血症・帯状疱疹は軽快。入院中に仙骨部に真皮に達する褥瘡発生、毎日処置継続。				
既 往 歴					
療 養 状 況	左膝化膿性関節炎で入院、精査で敗血症もあった。加療にて軽快。帯状疱疹も発症、軽快。7/23退院、自宅で独居生活を始める。近くに息子・娘がいる。				
介 護 状 況	独居、ヘルパー利用あり。息子（足の障害あり）・娘の協力あり。				
生 活 歴	保険のセールスをしていた。				
	氏 名	年齢	続柄	職 業	特記すべき事項
家族構成	*治 花*	55	長女	主婦	別居
	主な介護者	ヘルパー・息子・娘			
住 環 境	アパートの二階（205号）				

訪問看護の 依頼目的	状態観察・褥瘡処置									
要介護認定の状況	要介護3									
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	<input checked="" type="radio"/> C	C2	
	認知症の状況	I	IIa	IIb	<input checked="" type="radio"/> IIIa	IIIb	IV	M		
主治医等	氏名 ●村 陽●									
	医療機関名 南●●クリニック									
	所在地 鹿児島市東開町XXXX番地									
	電話番号 099-XXX-XXXX									
	緊急時の連絡先 同上									
家族等の緊急時の連絡先 *治花* 長女 090-XXXX-XXXX										
支援専門員等	氏名 愛● ●菊									
	支援事業所名 ケアセンター「み●●」									
	電話番号 090-XXXX-XXXX									
	緊急時の連絡先 同上									
関係機関	連絡先			担当者			備考			
	XXX病院			*星 明*			訪問看護 み●● 利用			
保健・福祉サービス等の利用状況 障害手帳あり										

精神訪問看護記録書 I

No. 1

患者氏名	*石 二*	Ⓜ・女	生年月日	昭和26年06月13日 (62歳)	
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地		電話番号	099-XXX-XXXX	
看護師等氏名	*玉 あや*				
初回訪問年月日	令和2年03月01日(月)		9:00	～	9:00
主たる傷病名	双極Ⅱ型障害				
療 養 状 況	慎重な観察下での治療中				
介 護 状 況					
病 識	激しい躁状態を呈している、双極Ⅰ型障害です。一方、双極Ⅱ型障害は、軽躁とうつの両方のエピソードがみられて初めて診断することができる。				
現 往 歴	うつ病				
生 活 歴					
	氏 名	年齢	続柄	職 業	特記すべき事項
家族構成	*石 太*	57	長男	会社員	
	石 五	53	次男	公務員	
主な介護者又は キーパーソン	*石 太* 長男 同居 099-XXX-XXXX 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地				
住 環 境	マンション住まい、家族5人暮らし				

訪問看護の 依頼目的	患者の自立であり、精神科だからといって特段内容が変わるわけでは ありません。しかし、精神科の看護師の場合、精神科ならではの心の状態 のチェックやケアを行うことができるため、心のケアを必要としている 患者様に対しては、よりの確な看護を受けることができます。具体的な 内容は生活の補助を中心に、生活リズムを整えるためのサポートや復学 や就職などの社会復帰に向けてのサポート、服薬の説明・サポートなど です。		
日常生活等 の状況	援助の要否		備考
	食生活	要	否
	清潔	要	否
	排泄	要	否
	睡眠	要	否
	生活のリズム	要	否
	部屋の整頓	要	否
	服薬状況	要	否
	金銭管理	要	否
	作業等の状況	要	否
対人関係	要	否	
その他：			
主治医等	氏名 ●村 四●		
	医療機関名 ●●病院		
	所在地 鹿児島市東開町X X X X番地		
	電話番号 099-XXX-XXXX		
緊急時の主治医・家族等の連絡先 ＊石 太＊ 長男 099-XXX-XXXX 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 ＊石 五＊ 次男 099-XXXX-XXXX 鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地			
指定居宅介護支援事業所の連絡先 居宅介護支援事業所 み●● 電話：099-XXX-XXXX			
関係機関	連絡先	担当者	備考
	●●訪問看護ステーション	＊池 浩＊	
保健・福祉サービス等の利用状況 訪問看護 精神 週2回利用中			

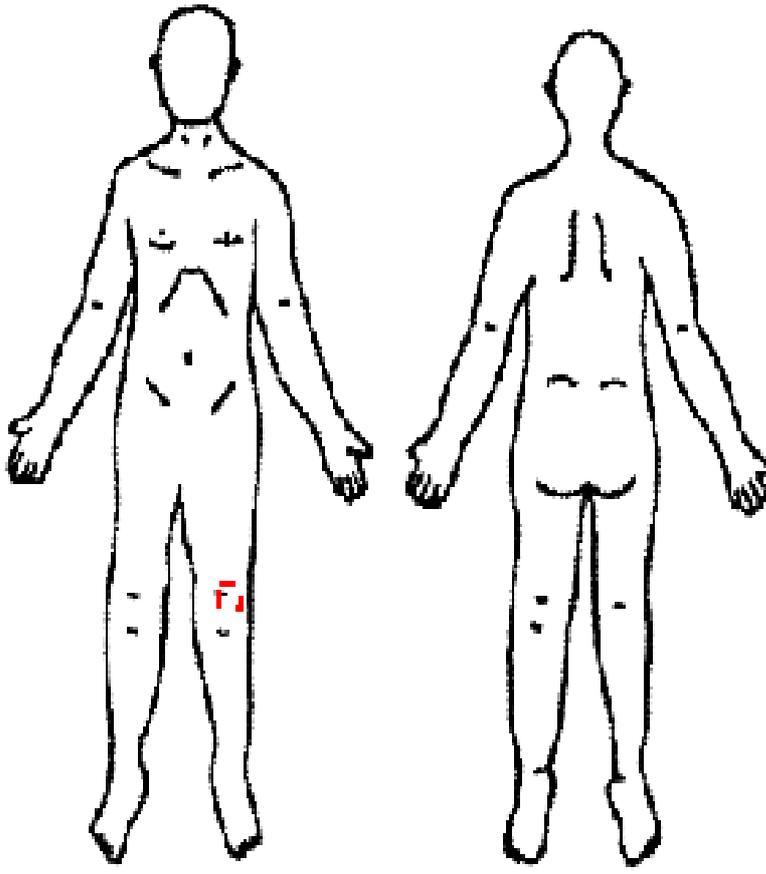
訪問看護記録書Ⅱ

利用者氏名	*石 京*	看護師等氏名	*知 小*
		訪問職種	看護師
訪問年月日	令和2年04月09日(木) 15:00 ~ 16:00		
利用者の状態(病状) バイタルサイン 体温 36.4℃ 脈拍 72 /分 呼吸 24 /分 血圧 125 / 95 サチュレーション 95 % 「首、腰、手足の痛み」「手足の部分的な痩せ」などを散見。			
実施した看護・リハビリテーションの内容 ①「あぶない!」とまず転倒リスクを考え、助言 ②「大丈夫ですか?」と尋る ③「毎回同じようになりますか?」と立ち上がる際毎回同じようになるのか ④「お手伝いします!」と支えに行く ⑤「大変ですね、がんばりましょう」と優しく声をかけ見守る姿勢で待つ ⑥「どの姿勢(移動動作)の時に、どこがづらいですか?」と身体部分の感覚や状況によって変化するのか確認する ⑦「毎日リハビリをして転ばないようにしましょう。転んで骨折してしまったら困りますね」とリハビリに意欲を向けてもらうために、転倒のリスク(骨折してしまう可能性も含み)があることも加える ⑧「トイレまで大変そうなので、尿器やポータブルトイレも考えてみますか?」と急にトイレに行きたくなったときや夜間帯のことも考えて伺ってみる			
その他			
備考			
次の訪問予定日	令和2年04月10日(金) 13:00 ~ 14:00		

訪問看護記録書Ⅱ

利用者氏名	*石 京*	看護師等氏名	*知 小*
		訪問職種	看護師
訪問年月日	令和2年04月04日(土) 10:00 ~ 10:59		
利用者の状態(病状) バイタルサイン 体温 36.4℃ 脈拍 72 /分 呼吸 24 /分 血圧 125 / 95 サチュレーション 95 % 「首、腰、手足の痛み」「手足の部分的な痩せ」などを散見。			
実施した看護・リハビリテーションの内容 ①「あぶない！」とまず転倒リスクを考え、助言 ②「大丈夫ですか？」と尋る ③「毎回同じようになりますか？」と立ち上がる際毎回同じようになるのか ④「お手伝いします！」と支えに行く ⑤「大変ですね、がんばりましょう」と優しく声をかけ見守る姿勢で待つ ⑥「どの姿勢(移動動作)の時に、どこがづらいですか？」と身体部分の感覚や状況によって変化するか確認する ⑦「毎日リハビリをして転ばないようにしましょう。転んで骨折してしまったら困りますね」とリハビリに意欲を向けてもらうために、転倒のリスク(骨折してしまう可能性も含み)があることも加える ⑧「トイレまで大変そうなので、尿器やポータブルトイレも考えてみますか？」と急にトイレに行きたくなったときや夜間帯のことも考えて伺ってみる			
その他			
備考			
次回の訪問予定日	令和2年04月08日(水) 13:00 ~ 14:00		

訪問看護記録書Ⅱ 別紙

利用者氏名	*石 京*	看護師等氏名	*知 小*
		訪問職種	看護師
訪問年月日	令和2年04月04日(土) 10:00 ~ 10:59		
フェイス判断	 () () () (○) ()		
①麻痺 ②拘縮 ③浮腫 ④疼痛 ⑤褥瘡 ⑥皮膚疾患			
			
医師コメント ()			

精神科訪問看護記録書Ⅱ

利用者氏名	*石 京*	看護師等氏名	*知 小*	
		訪問職種	看護師	
訪問年月日	令和2年04月09日(木) 15:00 ~ 16:00			
訪問先	*石 京*宅			
<p>食生活、清潔、排泄、睡眠、生活リズム、部屋の整頓等 睡眠時間は、定時の就寝で食生活も問題なし</p>				
<p>精神状態 「首、腰、手足の痛み」「手足の部分的な痩せ」などを散見。</p>				
<p>服薬等の状況 毎日、昼食後</p>				
<p>作業、対人関係について 家族内のみ</p>				
<p>実施した看護内容 ①「あぶない！」とまず転倒リスクを考え、助言 ②「大丈夫ですか？」と尋る ③「毎回同じようになりますか？」と立ち上がる際毎回同じようになるのか ④「お手伝いします！」と支えに行く ⑤「大変ですね、がんばりましょう」と優しく声をかけ見守る姿勢で待つ ⑥「どの姿勢（移動動作）の時に、どこがづらいですか？」と身体部分の感覚や状況によって変化するか確認する ⑦「毎日リハビリをして転ばないようにしましょう。転んで骨折してしまったら困りますね」とリハビリに意欲を向けてもらうために、転倒のリスク（骨折してしまう可能性も含み）があることも加える ⑧「トイレまで大変そうなので、尿器やポータブルトイレも考えてみますか？」と急にトイレに行きたくなったときや夜間帯のことも考えて伺ってみる</p>				
<p>備 考 GAF 72点 （※月の初日の指定訪問看護時に記載）</p>				
次回の訪問予定日	令和2年04月10日(金) 13:00 ~ 14:00			

温度板

訪問看護 み●●

利用者番号 1234

氏名 *石 京*

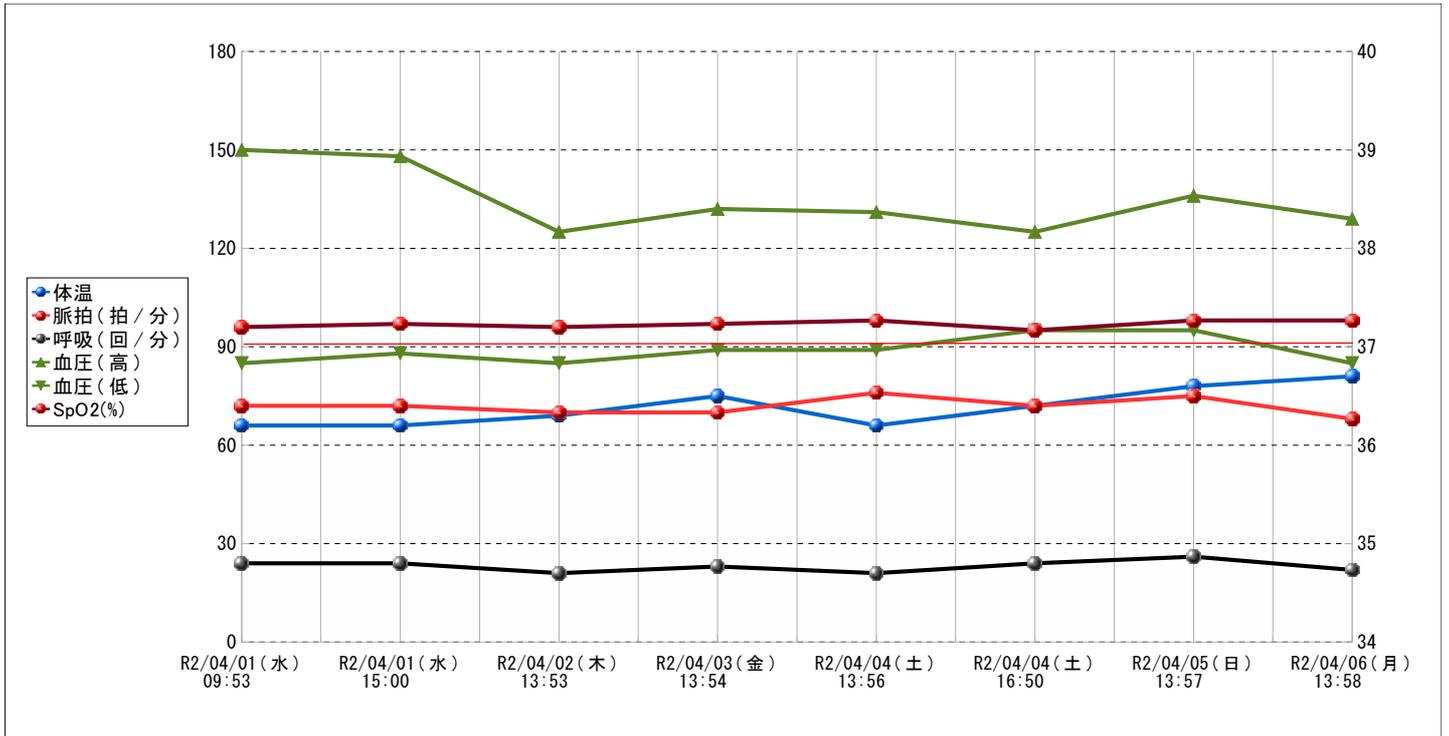
性別 女

生年月日

昭和14年6月16日

年齢

80歳

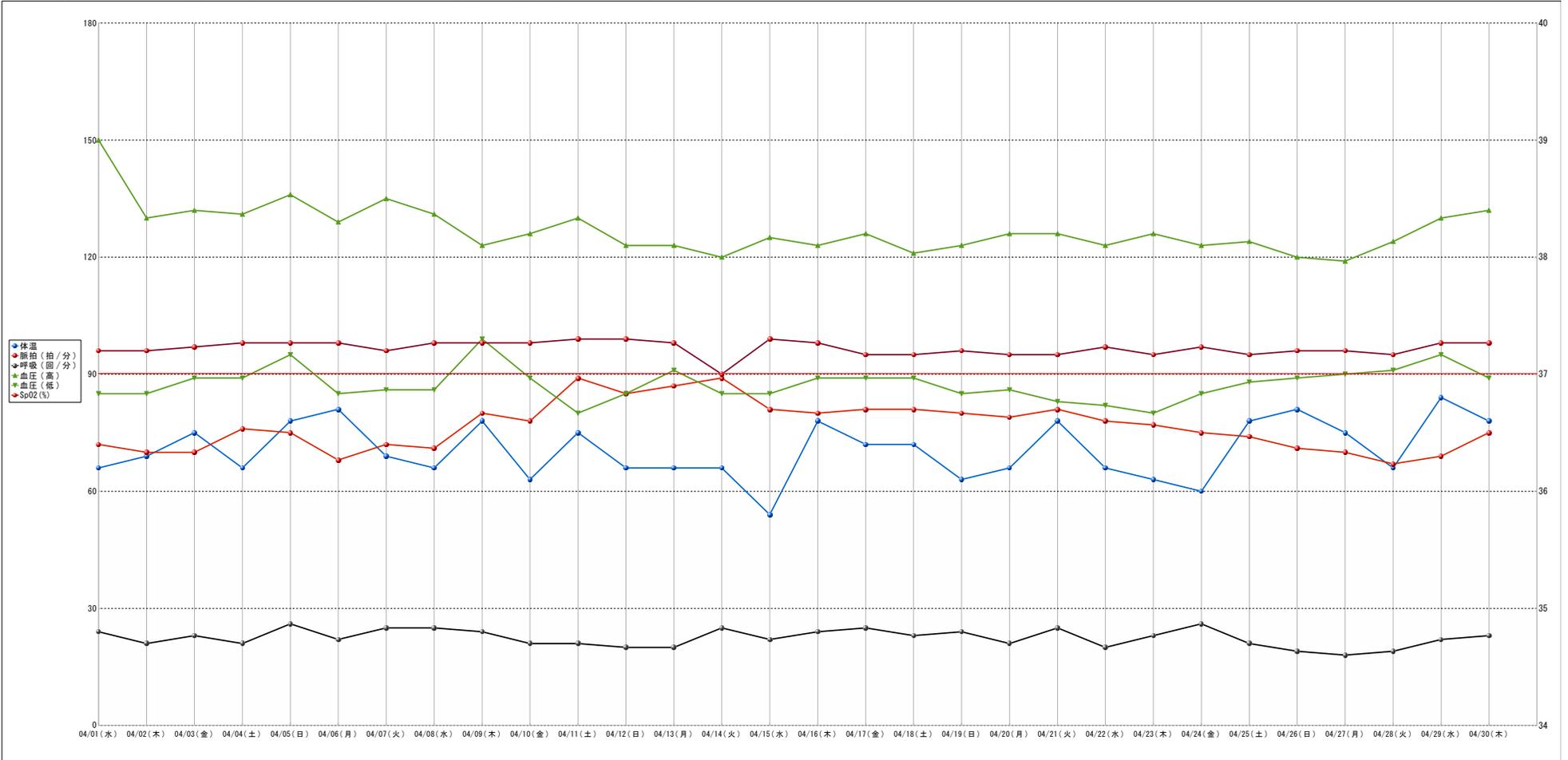


	R2/04/01(水)	R2/04/01(水)	R2/04/02(木)	R2/04/03(金)	R2/04/04(土)	R2/04/04(土)	R2/04/05(日)	R2/04/06(月)
計測時間	09:53	15:00	13:53	13:54	13:56	16:50	13:57	13:58
体温	36.2	36.2	36.3	36.5	36.2	36.4	36.6	36.7
脈拍(拍/分)	72	72	70	70	76	72	75	68
呼吸(回/分)	24	24	21	23	21	24	26	22
血压(mmHg)	150/85	148/88	125/85	132/89	131/89	125/95	136/95	129/85
SpO2(%)	96	97	96	97	98	95	98	98
身長(cm)				145.00				
体重(kg)				51.00				
水分摂取(ml)		2400.0		2400.0		2500.0	2550.0	2500.0
排尿(量)		1000.0		800.0		1000.0	900.0	1500.0
排尿(回数)		5		4		5	4	5
排便(量)		普通		排便なし		普通	普通	多い
排便(回数)		1				1	1	1
排便状態		軟らかめ				軟便	普通便	硬便
食事摂取量		10		10		9	8	9
食事摂取記号	朝食							
	昼食	◎		◎		○	△	○
	夕食							

温度板

訪問看護 み●●

利用者番号 1234 氏名 *石 京* 性別 女 生年月日 昭和14年6月16日 年齢 80 歳



	04/01(水)	04/02(木)	04/03(金)	04/04(土)	04/05(日)	04/06(月)	04/07(火)	04/08(水)	04/09(木)	04/10(金)	04/11(土)	04/12(日)	04/13(月)	04/14(火)	04/15(水)	04/16(木)	04/17(金)	04/18(土)	04/19(日)	04/20(月)	04/21(火)	04/22(水)	04/23(木)	04/24(金)	04/25(土)	04/26(日)	04/27(月)	04/28(火)	04/29(水)	04/30(木)		
計測時間	13:49	13:53	13:54	13:56	13:57	13:58	14:01	14:01	9:32	9:33	9:33	9:34	9:35	9:36	9:37	9:38	9:39	9:40	9:40	9:41	9:42	9:42	9:43	9:44	9:45	9:46	9:47	9:48	9:48	9:49		
体温	36.2	36.3	36.5	36.2	36.6	36.7	36.3	36.2	36.6	36.1	36.5	36.2	36.2	36.2	35.8	36.6	36.4	36.4	36.1	36.2	36.6	36.2	36.1	36.0	36.6	36.7	36.5	36.2	36.8	36.6		
脈拍 (拍/分)	72	70	70	76	75	68	72	71	80	78	89	85	87	89	81	80	81	81	80	79	81	78	77	75	74	71	70	67	69	75		
呼吸 (回/分)	24	21	23	21	26	22	25	25	24	21	21	20	20	25	22	24	25	23	24	21	25	20	23	26	21	19	18	19	22	23		
血压 (mmHg)	150 / 85	130 / 85	132 / 89	131 / 89	136 / 95	129 / 85	135 / 86	131 / 86	123 / 99	126 / 89	130 / 80	123 / 85	123 / 91	120 / 85	125 / 85	123 / 89	126 / 89	121 / 89	123 / 85	126 / 86	126 / 83	123 / 82	126 / 80	123 / 85	124 / 88	120 / 89	119 / 90	124 / 91	130 / 95	132 / 89	/	
SpO2 (%)	96	96		98	98	98	96	98	98	98	99	99	98	90	99	98	95	95	96	95	95	97	95	97	95	96	96	95	98	98		
身長 (cm)			165														165.1															
体重 (kg)			55														54.5															
水分摂取 (ml)	2300	2400	2400	2400	2400	2300	2400	2400	2300	2400	2400	2300	2400	2400	2300	2400	2300	2400	2300	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	
排尿 (量)	1500	1300	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1500	1300	1500	1300	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	
排便 (回数)	7	6	7	8	7	6	7	7	8	6	7	7	8	6	7	8	6	7	8	6	7	7	8	7	7	7	8	7	7	7	7	
排便 (量)	普通	普通	普通																													
排便 (回数)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	
排便状態	軟便	硬便	軟便	軟便	軟便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便																			
食事摂取量	10	10	10	9	10	10	8	9	8	8	9	8	8	9	9	8	9	9	9	9	8	8	9	9	10	10	9	10	10	10		
排便 食事摂取記号 排便 夕食	◎	◎	◎	○	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	○	◎	◎	◎	◎	

提出關係帳票

(情報提供先)

●●市

殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称

鹿児島県鹿児島市池之上町XXXX番地

訪問看護 み●●

電話番号 099-XXX-XXXX

管理者氏名 *阜 梅*

以下の利用者に関する訪問看護の情報を提供いたします。

利用者氏名	*石 京*
性別	(男・ <u>女</u>) 生年月日 昭和14年06月16日 生 (80 歳) 職業 主婦
住所	鹿児島県鹿児島市東開町XXXX番地24
電話番号	

主治医氏名	●村 陽●
住所	鹿児島市東開町XXXX番地
主傷病名	心筋梗塞
日常生活活動 (ADL) の状況 (該当する事項に○)	
移動	自立・一部 <u>介</u> 助・全面介助
食事	自立・一部 <u>介</u> 助・全面介助
排泄	自立・一部 <u>介</u> 助・全面介助
入浴	自立・一部 <u>介</u> 助・全面介助
着替	<u>自</u> 立・一部介助・全面介助
整容	<u>自</u> 立・一部介助・全面介助
要介護認定の状況 (該当する事項に○)	
自立	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 <u>4</u> 5)
病状・障害等の状態	状態は先月より改善が見られる。
1月当たりの訪問日数 (訪問看護療養費明細書の実日数を記入すること)	3 日 (3 回)
家族等及び主な介護者に係る情報	長男嫁が定期的にADLについて介助されている。
看護の内容	バイタルサイン測定、褥瘡予防、点滴の管理、口腔ケア、療養生活の指導
必要と考えられる保健福祉サービス	訪問リハビリ
その他特記すべき事項	

(情報提供先)

●●市

殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称

鹿児島県鹿児島市池之上町X X X X番地

訪問看護 み●●

電話番号 099-XXX-XXXX

管理者氏名 *阜 梅*

以下の利用者に関する訪問看護の情報を提供いたします。

利用者氏名	*石 京*
性別	(男・ <u>女</u>) 生年月日 昭和14年06月16日 生 (80 歳) 職業 主婦
住所	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 2 4
電話番号	

主治医氏名	●村 陽●
住所	鹿児島市東開町X X X X番地
主傷病名	心筋梗塞
日常生活等の状況	日常生活等の状況 1 食生活、清潔、排泄、睡眠、生活リズム等について 一部介助あり 2 服薬等の状況について 昼食後の服薬あり 3 作業(仕事)、対人関係等について
要介護認定の状況	(該当する事項に○) 自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 <u>4</u> 5)
1月当たりの訪問日数	(訪問看護療養費明細書の実日数を記入すること) 3 日
家族等及び 主な介護者 に係る情報	長男嫁が定期的にADLについて介助されている。
看護の内容	バイタルサイン測定、褥瘡予防、点滴の管理、口腔ケア、療養生活の指導
必要と考 えられる 保健福祉 サービス	訪問リハビリ
その他 特記すべ き事項	

(情報提供先)

●●市 殿 指定訪問看護ステーションの所在地及び名称
鹿児島県鹿児島市池之上町 X X X X 番地
訪問看護 み●●
電話番号 099-XXX-XXXX
管理者氏名 *阜 梅*

以下の利用者に関する訪問看護の情報を提供いたします。

利用者氏名 *石 京*	
性別 (男・女)	生年月日 昭和14年06月16日 生 (80 歳)
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4
電話番号	
主治医氏名 ●村 陽●	
住 所	鹿児島市東開町 X X X X 番地
主傷病名	びまん性汎細気管支炎
傷病の経過	体調が悪くなる時があり、不案になる事がある。
日常生活等の状況	
1 食生活、清潔、排泄、睡眠、生活リズム等について 一部介助あり	
2 服薬等の状況について 昼食後の服薬あり	
3 家族等について	
1 月当たりの訪問日数 (訪問看護療養費明細書の実日数を記入すること)	
3 日	
看護の内容	バイタルサイン測定、褥瘡予防、口腔ケア、日常生活の指導
医療的ケア等の実施方法及び留意事項	環境整備 (清掃) を行い、清潔に保つ
その他特記すべき事項	

(主治医 医療機関名)

●●市

殿

指定訪問看護ステーションの所在地及び名称

鹿児島県鹿児島市池之上町XXXX番地

(入院又は入所先医療機関等)

訪問看護 み●●

電話番号 099-XXX-XXXX

管理者氏名 *阜 梅*

以下の利用者に関する訪問看護の情報（療養に係る情報）を提供いたします。

利用者氏名	*石 京*
性別	(男・ <u>女</u>) 生年月日 昭和14年06月16日 生 (80 歳) 職業 主婦
住所	鹿児島県鹿児島市東開町XXXX番地24
電話番号	

主治医氏名	●村 陽●
医療機関名 住所	鹿児島市東開町XXXX番地
主傷病名	加齢黄斑変性
既往歴	
要介護認定 等	要介護認定の状況（該当する事項に○） 自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 <u>4</u> 5) その他（利用しているサービス等）

日常生活等の 状況	(食生活、清潔、排泄、睡眠、生活リズム等) 一部介助あり (服薬等の状況) 昼食後の服薬あり (家族、主な介護者等) 長男嫁、排泄介助等支援
--------------	---

看護に 関する 情報	(看護上の問題等) (看護の内容) バイタルサイン測定、注射治療 (ケア時の具体的な方法や留意点、継続すべき看護等) 定期的なVEGFの働きを阻害して血管新生が起こるプロセスを抑える薬剤を使用中
------------------	---

その他	
-----	--

訪問看護報告書

ふりがな 利用者氏名	*かし きょう* *石 京*	生年月日	昭和14年6月16日生 (80 歳)	
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	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24			
訪 問 日	令和2年4月	令和2年5月		
	1 2 3 ④ 5 6 7 8 9 10 ⑪ 12 13 14 15 16 17 ⑱ 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
保健師、助産師、看護師又は准看護師による訪問日を○、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問日を◇で囲むこと。特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日を△で囲むこと。 1日に2回以上訪問した日を◎で、長時間訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。 なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。				
病状の経過	# 1 BD不安定 210~110/60~100mmHg 分差で血圧UP DOWNする 排便コントロールも安定せず 1週間以上ない為摘便 硬便あり その後アローゼン服用し軟便排出 その後も5日排便ない為 アローゼン服用 多量排便後意識消失あり # 2 BD状態みながら週3回シャワー浴や清拭できている 皮膚トラブルなし # 3 転倒なし 室内 手引き歩行や車椅子移動される # 4 血圧変動 排便等のことで介護不安ある 適時 療養上の助言 傾聴している			
看護・リハビリテーションの内容	バイタル 床上観察胃瘻 周囲観察 セルフケア (清潔:入浴 部分浴 清拭 口腔ケア等 排泄:オムツ交換等 更衣 整容 リハビリ (肺リハビリ 床上リハビリ: 関節拘縮予防等療養上の助言 スキンケア 皮膚トラブル時の処置			
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 ・ ⑩ 変更内容			
情報提供	訪問看護情報提供療養費に係る情報提供先: (●●市) 情報提供日: (令和2年4月1日)			
特記すべき事項(頻回に訪問看護が必要な理由を含む)				

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。

令和2年4月1日

事業所名 訪問看護 み●●
 管理者氏名 *阜 梅*

印

南●●クリニック
 ●村 陽●

殿

訪問看護報告書

利用者氏名	*石 京*	生年月日	昭和14年6月16日生 (80 歳)
要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 ④ 5)		
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地2 4		
訪 問 日	令和2年4月		令和2年5月
	1 2 3 ④ 5 6 7	8 9 10 ⑪ 12 13 14	1 ② 3 4 5 6 7
	15 16 17 ⑱ 19 20 21	22 23 24 ⑳ 26 27 28	8 ⑨ 10 11 12 13 14
	29 30 31		15 ⑯ 17 18 19 20 21
			22 ⑳ 24 25 26 27 28
			29 ⑳ 31
病状の経過	# 1 BD不安定 210～110/60～100mmHg 分差で血圧UP DOWNする 排便コントロールも安定せず 1週間以上ない為排便 硬便あり その後アローゼン服用し軟便排出 その後も5日排便ない為 アローゼン服用 多量排便後意識消失あり # 2 BD状態みながら週3回シャワー浴や清拭できている 皮膚トラブルなし # 3 転倒なし 室内 手引き歩行や車椅子移動される # 4 血圧変動 排便等のことで介護不安ある 適時 療養上の助言 傾聴している		
看護・リハビリテーションの内容	バイタル 床上観察胃瘻 周囲観察 セルフケア (清潔:入浴 部分浴 清拭 口腔ケア等 排泄:オムツ交換等 更衣 整容 リハビリ (肺リハビリ 床上リハビリ: 関節拘縮予防等療養上の助言 スキンケア 皮膚トラブル時の処置		
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 ・ ⑯ 変更内容		
特記すべき事項			
作成者①	氏名: 埼玉 あやめ	職種:	看護師
作成者②	氏名:	職種:	

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。

令和2年4月1日

事業所名 訪問看護 み●●●
 管理者氏名 *阜 梅*

印

南●●●クリニック
 ●村 陽●

殿

精神科訪問看護報告書

利用者氏名 <small>ふりがな</small>	*かしきょう* *石京*	生年月日	昭和14年6月16日生 (80 歳)
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	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24		
訪 問 日	令和2年5月		令和2年6月
	1 2 3 ④ 5 6 ⑦	8 9 10 ⑪ 12 13 ⑭	1 2 3 4 5 6 7
	15 16 17 ⑱ 19 20 ⑳	22 23 24 ㉔ 26 27 ㉗	8 9 10 11 12 13 14
	29 30 31		15 16 17 18 19 20 21
			22 23 24 25 26 27 28
			29 30 31
<p style="font-size: small;">保健師、看護師又は准看護師による訪問日を○、作業療法士による訪問日を◇で囲むこと。 精神科特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日を△で囲むこと。1日に2回以上訪問した日を◎で、長時間精神科訪問看護加算を算定した日を□で囲むこと。30分未満の訪問看護を実施した日にレ印を付けること。なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。</p>			
病状の経過	就労までもう少しの支援が必要		
看護の内容	食生活、活動、整容、安全確保の援助及び指導		
家族等との関係	家族に対する援助、家族との関係性に関する援助 身体症状のモニタリング、生活習慣に関する助言・指導、自己管理能力を高める援助		
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 ・ ⑧ 変更内容		
情報提供	訪問看護情報提供療養費に係る情報提供先： () 情報提供日：()		
特記すべき事項(頻回に訪問看護が必要な理由を含む)		G A F	
		89 点 (令和2年5月1日) <small>(※月の初日の指定訪問看護時の値を記載)</small>	

上記のとおり、指定訪問看護の実施について報告いたします。

令和2年5月1日

事業所名 訪問看護 み●●
管理者氏名 *知小*

印

●●病院
●村 四●

殿

統計資料

年齢別利用者数

サービス：訪問看護
対象年月：令和2年4月
介護保険：サービス予定実績 医療保険：訪問看護療養費

年 区	年齢 分	事業 対象者	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	左記以外	合計
～ 59	男									5(1)	5(1)
	女										
	計									5(1)	5(1)
60 ～ 64	男				18(1)						18(1)
	女										
	計				18(1)						18(1)
65 ～ 69	男					10(1)					10(1)
	女										
	計					10(1)					10(1)
70 ～ 74	男										
	女										
	計										
75 ～ 79	男										
	女										
	計										
80 ～ 84	男							12(1)		9(1)	21(2)
	女				13(1)			7(1)			20(2)
	計				13(1)			19(2)		9(1)	41(4)
85 ～ 89	男										
	女										
	計										
90 ～ 94	男										
	女										
	計										
95 ～ 99	男										
	女										
	計										
100 ～	男										
	女										
	計										
合 計	男				18(1)	10(1)		12(1)		14(2)	54(5)
	女							7(1)			20(2)
	計				13(1)	18(1)	10(1)	19(2)		14(2)	74(7)

平均介護度： 2.28 男性： 2.33 女性： 2.19	平均年齢： 71.0 男性： 67.4 女性： 80.0
-------------------------------------	------------------------------------

- 年齢は対象月の月初日の年齢（5歳刻み）で分類されています。
- 介護度は対象月内の（最も新しい）介護保険の介護度により振り分けられています。
- 平均介護度は要支援以下を0.375として計算しています。
- 各欄は下記の編集方法となります。
XXXX (XXX) 前半の数字は介護保険分は延回数、医療保険分は実日数。
() 内の数字は実人数を表示しています。

訪問看護実施状況

(令和02年4月分)

事業者名 訪問看護 み●●

(1) 実施件数 (実数)

区分		人数	
訪問 実人員 n	男	2	4
	女	2	
訪問延べ回数 b		44 回	
平均訪問 回数 b/n		11.0 回	

(2) 訪問回数別人数 (実数)

訪問回数	人数
1/月	0
2/月	0
3/月	0
4/月	1
5/月	0
6/月	0
7/月	0
8/月	0
9/月	1
10/月	0
11/月	0
12/月	0
13回以上/月	2

(3) ケア項目 (実数)

ケア項目	人数
看護・介助	1
医療的処置	1
リハビリ・その他	1
特殊なもの	0
事故・報告	0
事故・発生要因	0
S(主観的データ)	0
O(客観的データ)	0
A(SとOの情報の評価)	0
P(SOAをもとにした治療方針)	0

利用終了者の状況 (実数)

介護保険			医療保険		
区分	人数		区分	人数	
	男	女		男	女
居宅	0	0	軽快	0	0
併設医療機関	0	0	施設	0	0
協力医療機関	0	0	医療機関	0	0
その他医療機関	0	0	死亡	0	0
社会福祉施設	1	0	その他	0	0
死亡	0	0			
その他	0	0			
介護保険施設	0	0			
介護老人保健施設	0	0			
合計	1	0	合計	0	0
	1			0	

利用終了者状況別流れ図表

利用前の場所（どこから）

印刷日：令和2年6月9日

令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

利用終了後の場所（どこへ）

総計	1人 (100.0)%
----	------------------

⇒

総計	1人	100.0%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	1人	100.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

家庭	1人 (100.0)%
----	------------------

⇒

総計	1人	100.0%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	1人	100.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

その他医療機関	0人 (0.0)%
---------	----------------

⇒

総計	0人	0.0%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

その他	0人 (0.0)%
-----	----------------

⇒

総計	0人	0.0%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

介護医療院	0人 (0.0)%
-------	----------------

⇒

総計	0人	0.0%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

併設医療機関	0人 (0.0)%
--------	----------------

⇒

総計	0人	0.0%
家庭	0人	0.0%

※割合(人数÷総数)は小数点第2位以下を四捨五入しているため、総数と各項目の総和が違うことがあります。

利用終了者状況別流れ図表

利用前の場所（どこから）

印刷日：令和2年6月9日

令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

利用終了後の場所（どこへ）

療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

特養	0人 (0.0)%
----	---------------

⇒

総計	0人	0.0%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

療養型	0人 (0.0)%
-----	---------------

⇒

総計	0人	0.0%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

有料老人ホーム	0人 (0.0)%
---------	---------------

⇒

総計	0人	0.0%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

協力医療機関	0人 (0.0)%
--------	---------------

⇒

総計	0人	0.0%
家庭	0人	0.0%
療養型老健	0人	0.0%
協力医療機関	0人	0.0%
その他医療機関	0人	0.0%
死亡	0人	0.0%
併設医療機関	0人	0.0%
特養	0人	0.0%
グループホーム	0人	0.0%
その他	0人	0.0%

訪問看護月間集計利用者一覧表 (令和2年4月 分) 介護保険・医療保険

(備考欄) 介…介護保険実績有 医…医療保険実績有

No.	利用者氏名 (利用者番号)	性別	年齢	郵便番号	住所 電話番号	病名	訪問 回数 (日数)	主治医(医療機関名) 電話番号	担当者	居宅介護支援事業所 (担当介護支援専門員) 電話番号	開始年月日	備考
1	*石 京* (1234)	女	80	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開 町X X X番地 2 4	慢性喘息様気管支炎 パーキンソン病	7 (7)	●村 陽●(南●●クリニッ ク) 099-XXX-XXXX	*阜 梅*	ケアセンター「み●●」(埼● ●●め) 099-XXX-XXXX	H25.01.01	介・医
2	*石 二* (1036)	男	68	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開 町6 7 8 9 0 099-XXX-XXXX	心筋梗塞	10 (10)	●村 陽●(●●総合病院)	*玉 あや*	ケアセンター「み●●」(埼● ●●め) 099-XXX-XXXX	R02.04.01	介・医
3	*治 一* (1010)	男	80	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開 町X X X-2 5	高血圧症 心筋梗塞	9 (9)	●村 陽●(●●総合病院)	*玉 あや*		H24.04.01	医
4	*路 三* (1012)	男	80	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開 町X X X-2 1	パーキンソン病	12 (4)	●村 陽●(南●●クリニッ ク) 099-XXX-XXXX	*玉 あや*	ケアセンター「み●●」(埼● ●●め) 099-XXX-XXXX	H30.01.01	介
5	*療 一*	男	64	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開 町X X X番地	心筋梗塞	18 (18)	●村 陽●(南●●クリニッ ク) 099-XXX-XXXX	*玉 あや*	ケアセンター「み●●」(埼● ●●め) 099-XXX-XXXX	R01.06.01	介

月間利用集計表

対象年月： 令和2年4月

出力対象： サービス予定実績

(1)人数

利用者	5人	内	男性	3人	延利用者数	48人
		訳	女性	2人	実施日数	22日

(2)年齢階層

区分	～ 59	60～ 64	65～ 69	70～ 74	75～ 79	80～ 84	85～ 89	90～ 94	95～ 99	100～	計
男性	0人	1人	1人	0人	0人	1人	0人	0人	0人	0人	3人
女性	0人	0人	0人	0人	0人	2人	0人	0人	0人	0人	2人
計	0人	1人	1人	0人	0人	3人	0人	0人	0人	0人	5人

(3)利用回数

区分	週 1回	週 2回	週 3回	週 4回～	計
男性	1人	1人	0人	1人	3人
女性	1人	0人	1人	0人	2人
計	2人	1人	1人	1人	5人

(4)継続期間

区分	～ 1月	1月～ 3月	3月～ 6月	6月～ 1年	1年～ 2年	2年～ 3年	3年～ 4年	4年～ 5年	5年～	不明 (利用登録なし)	計
男性	0人	0人	0人	1人	1人	1人	0人	0人	0人	0人	3人
女性	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	2人	0人	2人
計	0人	0人	0人	1人	1人	1人	0人	0人	2人	0人	5人

(5)要介護度・認知症の状況

要介護度	男性	女性	計	認知症の状況	男性	女性	計
事業対象者	0人	0人	0人	自立	0人	1人	1人
要支援1	0人	0人	0人	ランク I	0人	0人	0人
要支援2	0人	1人	1人	” IIa	0人	0人	0人
要介護1	1人	0人	1人	” IIb	0人	0人	0人
要介護2	1人	0人	1人	” IIIa	0人	0人	0人
要介護3	0人	0人	0人	” IIIb	0人	0人	0人
要介護4	1人	1人	2人	” IV	0人	0人	0人
要介護5	0人	0人	0人	” M	0人	0人	0人
上記以外	0人	0人	0人	上記以外	0人	0人	0人
未登録	0人	0人	0人	未登録	3人	1人	4人
計	3人	2人	5人	計	3人	2人	5人

訪問看護届出用統計情報

報告月：令和2年4月

(1)
訪問看護ステーションの利用者数 (令和2年3月における利用者数)
 集計期間 R2/3/1~R2/3/31 ※実人数

令和2年	利用者数 (8人)	
	上記利用者数のうち医療保険と介護保険の両方を利用した利用者数	0人
	上記利用者数のうち医療保険のみの利用者数	8人
	上記利用者数のうち介護保険のみの利用者数	0人

(訪問看護基本療養費等に関する実施状況報告書へ転記)

(2)
直近1年間のターミナルケアの実施状況

集計期間 H31/4/1~R2/3/31

ターミナルケア療養費の算定件数	0
ターミナルケア加算の算定件数	0
在宅で死亡した利用者のうち保険医療機関で在宅がん医療総合診療科を算定した利用者数	-
合計(年)	0

※ 『寿』からは出力されません。 (訪問看護基本療養費等に関する実施状況報告書へ転記)

算定年月日 (※ターミナルケア療養費を算定した場合はA、ターミナルケア加算を算定した場合はB)

1	()	11	()
2	()	12	()
3	()	13	()
4	()	14	()
5	()	15	()
6	()	16	()
7	()	17	()
8	()	18	()
9	()	19	()
10	()	20	()

(機能強化型訪問看護管理療養費に係る届出書へ転記)

(3)
超重症児及び準超重症児の受け入れ状況

集計期間 H31/4/1~R2/3/31

① 直近1年間における各月の超重症児の利用者の合計	0人
② 直近1年間の月平均の超重症児の利用者数 (①/12)	0人
③ 直近1年間における各月の準超重症児の利用者の合計	0人
④ 直近1年間の月平均の準超重症児の利用者数 (③/12)	0人
⑤ 直近1年間の月平均の超重症児及び準超重症児の利用者数 ((①+③) /12)	0人

(訪問看護基本療養費等に関する実施状況報告書へ転記)

直近1年間の月別15歳未満の超重症児及び準超重症児の受け入れ人数

集計期間 H31/4/1~R2/3/31

月	超重症児	準超重症児	合計(人)	月	超重症児	準超重症児	合計(人)
R2/3	0	0	0	R1/9	0	0	0
R2/2	0	0	0	R1/8	0	0	0
R2/1	0	0	0	R1/7	0	0	0
R1/12	0	0	0	R1/6	0	0	0
R1/11	0	0	0	R1/5	0	0	0
R1/10	0	0	0	H31/4	0	0	0

(機能強化型訪問看護管理療養費に係る届出書へ転記)

(4)

特掲診療料等の施設基準等の別表7・別表8に該当する利用者の状況

別表7の利用者数

集計期間 H31/4/1~R2/3/31

①	直近1年間における、各月の別表7の該当利用者数の合計	2人
②	1か月間の別表7の利用者数 (①/12)	0.2人

直近1ヶ月間における別表7に該当する利用者の疾患名または状態

	傷病名または状態
1	筋萎縮性側索硬化症

別表8の利用者数

集計期間 H31/4/1~R2/3/31

①	直近1年間における、各月の別表8の該当利用者数の合計	5人
②	1か月間の別表8の利用者数 (①/12)	0.4人

直近1ヶ月間における別表8に該当する利用者の状態

	状態
1	

複数の訪問看護ステーションで共同して訪問看護を提供する利用者数

集計期間 H31/4/1~R2/3/31

①	直近1年間における、各月の複数の訪問看護ステーションで共同して訪問看護を提供する利用者数の合計	0人
②	1か月間の複数の訪問看護ステーションで共同して訪問看護を提供する利用者数 (①/12)	0人

(訪問看護基本療養費等に関する実施状況報告書へ転記)
(機能強化型訪問看護管理療養費に係る届出書へ転記)

(5)

褥瘡対策の実施状況(報告年月の前月の初日における実績・状況)

令和2年3月1日時点

①	訪問看護ステーション全利用者数	22人	
②	①のうち、d1以上の褥瘡を有していた利用者数	3人	
③	②のうち、訪問看護開始時に既に褥瘡を有していた利用者数	1人	
④	②のうち、訪問看護利用中に新たに褥瘡が発生した利用者数 (※②-③の利用者数)	2人	
⑤	褥瘡の重症度 (DESIGN-R分類)	訪問看護利用開始時の褥瘡 (③の利用者の在宅療養開始時の状況)	訪問看護利用中に発生した褥瘡 (④の利用者の発見時の状況)
	d1	0	0
	d2	0	0
	D3	0	2
	D4	0	0
	D5	0	0
	DU	0	0

(訪問看護基本療養費等に関する実施状況報告書へ転記)

看護体制強化加算に係る届出書（（介護予防）訪問看護事業所）

報告月：令和3年4月

○ 訪問看護事業所

事業所名	訪問看護 み●●	異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
届出項目	1 看護体制強化加算（Ⅰ） 2 看護体制強化加算（Ⅱ）		

1 緊急時訪問看護加算の算定状況	① 前6か月間の実利用者の総数	7人	→ ①に占める②の割合が50%以上	有・無
	② ①のうち緊急時訪問看護加算を算定した実利用者数	2人		
2 特別管理加算の算定状況	① 前6か月間の実利用者の総数	7人	→ ①に占める②の割合が30%以上	有・無
	② ①のうち特別管理加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した実利用者数	7人		
3 ターミナルケア加算の算定状況	① 前12か月間のターミナルケア加算の算定人数	1人	→ 1人以上 → 5人以上	有・無 有・無

○ 介護予防訪問看護事業所

事業所名	訪問看護 み●●	異動等区分	1 新規 2 変更 3 終了
届出項目	1 看護体制強化加算		

1 緊急時介護予防訪問看護加算の算定状況	① 前6か月間の実利用者の総数	2人	→ ①に占める②の割合が50%以上	有・無
	② ①のうち緊急時介護予防訪問看護加算を算定した実利用者数	2人		
2 特別管理加算の算定状況	① 前6か月間の実利用者の総数	2人	→ ①に占める②の割合が30%以上	有・無
	② ①のうち特別管理加算（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した実利用者数	1人		

ターミナルケア加算の算定状況内訳

R2/4/1~R3/3/31

No	利用者氏名	算定年月日
1	* 路 一 *	R2/11/2

レセプト統計関係

様式第一

介護給付費請求書

令和	0	2	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	6
請求事業所	名称	訪問看護 み●●								
	所在地	〒 8 9 2 - 0 8 0 6 鹿児島県鹿児島市XXX町XXX								
	連絡先	099-XXX-XXXX								

保 険 者

(別記) 殿

下記のとおり請求します。

令和 2 年 5 月 10 日

保険請求

区分	サービス費用						特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位数・点数	費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	1	4,774	47,740	38,192		9,548					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	1	4,774	47,740	38,192		9,548					

公費請求

区分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件数	単位数・点数	費用合計	公費請求額	件数	費用合計	公費請求額
12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・ 緊急措置							
88 水俣病総合対 策メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置 (全額免除)							
25 中国残留邦人等							
合計							

様式第一

介護給付費請求書

令和	0	2	年	0	4	月分
----	---	---	---	---	---	----

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	6
請求事業所	名称	訪問看護 み●●								
	所在地	〒 8 9 2 - 0 8 0 6								
		鹿児島県鹿児島市XXX町XXX								
連絡先	099-XXX-XXXX									

保 険 者 (011023)

XXX市 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

保険請求

区分	サービス費用					特定入所者介護サービス費等					
	件数	単位数 ・点数	費用合計	保険 請求額	公費 請求額	利用者 負担	件数	費用合計	利用者 負担	公費 請求額	保険 請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	1	4,774	47,740	38,192		9,548					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	1	4,774	47,740	38,192		9,548					

公費請求

区分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件数	単位数 ・点数	費用合計	公費 請求額	件数	費用合計	公費 請求額
12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
12 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・ 緊急措置							
88 水俣病総合対 策メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置 (全額免除)							
25 中国残留邦人等							
合計							

様式第一

介護給付費請求書

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

令和2年5月請求分合計

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	9	6
請求事業所	名称	訪問看護 み●●								
	所在地	〒 8 9 2 - 0 8 0 6								
		鹿児島県鹿児島市XXX町XXX								
連絡先	099-XXX-XXXX									

保険者 (011023)

XXX市 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

保険請求

区分	サービス費用					特定入所者介護サービス費等					
	件数	単位数・点数	費用合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等	1	4,774	47,740	38,192		9,548					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	1	4,774	47,740	38,192		9,548					

公費請求

区分	サービス費用				特定入所者介護サービス費等		
	件数	単位数・点数	費用合計	公費請求額	件数	費用合計	公費請求額
12 生保 居宅・施設サービス 介護予防サービス 地域密着型サービス等							
12 生保 居宅介護支援・ 介護予防支援							
10 感染症 37条の2							
21 障自・通院医療							
15 障自・更生医療							
19 原爆・一般							
54 難病法							
51 特定疾患等 治療研究							
81 被爆者助成							
86 被爆体験者							
87 有機ヒ素・ 緊急措置							
88 水俣病総合対 策メチル水銀							
66 石綿・救済措置							
58 障害者・支援措置 (全額免除)							
25 中国残留邦人等							
合計							

サービス提供年月：令和2年4月分

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問看護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

Table with 2 rows and 12 columns. Row 1: 公費負担者番号, 令和 0 2 年 0 4 月 分. Row 2: 公費受給者番号, 保険者番号 0 1 1 0 2 3.

Table with 5 rows and 10 columns. Row 1: 被保険者番号 0 0 2 4 9 3 9 4 0 0. Row 2: (フリガナ) *カシキョウ*. Row 3: 氏名 *石京*. Row 4: 生年月日 1. 明治 2. 大正 (3) 昭和 性別 1. 男 (2) 女. Row 5: 要介護状態区分 要介護1・2・3・(4) 5.

Table with 4 rows and 10 columns. Row 1: 事業所番号 4 6 9 9 9 9 9 9 9 6. Row 2: 事業所名称 訪問看護 み●●. Row 3: 所在地 〒 8 9 2 - 0 8 0 6 鹿児島県鹿児島市XXX町XXX. Row 4: 連絡先 電話番号 099-XXX-XXXX.

Table with 2 rows and 10 columns. Row 1: 居宅サービス計画 (1) 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成. Row 2: 事業所番号 4 6 9 9 9 9 9 9 7 事業所名称 ケアセンター ●●●.

Table with 2 rows and 12 columns. Row 1: 開始年月日, 中止年月日. Row 2: 中止理由 1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所.

Table with 8 columns: サービス内容, サービスコード, 単位数, 回数, サービス単位数, 公費分回数, 公費対象単位数, 摘要. Contains rows for 訪問 I 3, 訪問看護特別管理加算 II, 訪問看護サービス提供体制加算 1.

Table with 9 columns: サービス内容, サービスコード, 単位数, 回数, サービス単位数, 公費分回数, 公費対象単位数, 施設所在保険者番号, 摘要. (住所地利例)

Table with 13 rows and 10 columns. Row 1: ①サービス種類コード / ②名称 1 3 訪問看護. Row 2: ③サービス実日数 8 日. Row 3: ④計画単位数 4 4 8 8. Row 4: ⑤限度額管理対象単位数 6 5 5 2. Row 5: ⑥限度額管理対象外単位数 2 8 6. Row 6: ⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥ 4 7 7 4. Row 7: ⑧公費分単位数. Row 8: ⑨単位数単価 1 0 0 0 円/単位. Row 9: ⑩保険請求額 3 8 1 9 2. Row 10: ⑪利用者負担額 9 5 4 8. Row 11: ⑫公費請求額. Row 12: ⑬公費分本人負担. Row 13: 給付率 (/100) 保険 8 0, 公費, 合計.

Table with 5 columns: 社会福祉法人等による軽減欄, 軽減率 %, 受領すべき利用者負担の総額(円), 軽減額(円), 軽減後利用者負担額(円), 備考.

サービス提供証明書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用))

Table with public payer and recipient numbers, and year/month/day information.

Table with insured person details: ID number, name (石京), birth date, gender, care status, and effective period.

Table with service provider details: business number, name (訪問看護), address, and contact information.

Table for home service plan: type of service (居宅介護支援事業者作成), business number, and name (ケアセンター).

Table for start and end dates and reasons for termination.

Main table for service details: columns for service content, code, units, frequency, service units, cost units, and summary.

Table for service details with location-specific information: columns for content, code, units, frequency, service units, cost units, location, and summary.

Table for request amount calculation: rows for various codes, dates, unit counts, and final amounts for insurance and public fees.

Table for social welfare reduction: columns for reduction rate, total user burden, reduced amount, and user burden after reduction.

レセプト一覧 請求年月: 令和2年5月 訪問看護 み●●

印刷日: 令和2年5月7日

利用者: *石 京* (女)(1234) 提供年月: 令和2年4月

被保険者番号(給付率): 011023 - 0024939400 (80%) 要介護4 支援事業所: 469999997

公費負担者[受給者]番号(給付率): 1: [](%) 2: [](%)

緊急施設療養点数合計: 特別療養費単位数合計:

特定入所合計: 特定入所保険分: 軽減額: 軽減後利用者負担額:

明細	サービス内容	サービスコード	単位数	回数 日数	サービス 単位数	公費1対象		公費2対象		摘要
						回数 日数	単位数	回数 日数	単位数	
	訪看I3	131211	819	8	6,552					
	訪問看護特別管理加算II	134001	250	1	250					
	訪問看護サービス提供体制加算1	136101	6	6	36					

集計	サービス種類	サービス実日数	計画単位数	限度額管理対象単位数	限度額管理対象外単位数
	給付単位数	公費1分単位数	公費2分単位数	単位数単価	保険請求額
	利用者負担額	公費1請求額	公費2請求額	公費1分本人負担	公費2分本人負担
	訪問看護		8	4,488	6,552
		4,774	0	0	10.00
		9,548	0	0	0
	合計情報				38,192
		9,548	0	0	0

介護度別サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ~ R02/04

作成日： R02/05/09

サービス種類	介護度	サービスコード	サービス内容名称	合成単位	延回数(日数)	合計単位	合計金額	人数
訪問看護	要介護1	131311	訪看I 4	1122	18	20,196	201,960	1
訪問看護	要介護1	134001	訪問看護特別管理加算II		1	250	2,500	1
訪問看護	要介護2	131211	訪看I 3	819	9	7,371	73,710	1
訪問看護	要介護2	134001	訪問看護特別管理加算II		1	250	2,500	1
訪問看護	要介護4	131311	訪看I 4	1122	4	4,488	44,880	1
訪問看護	要介護4	131521	訪看I 5・2超	267	12	3,204	32,040	1
訪問看護	要介護4	134001	訪問看護特別管理加算II		1	250	2,500	1
訪問看護	要介護4	136101	訪問看護サービス提供体制加算1		4	24	240	1
小計		13****	訪問看護	-	-	36,033	360,330	8
介護予防訪問看護	要支援2	631211	予訪看I 3	790	13	10,270	102,700	1
小計		63****	介護予防訪問看護	-	-	10,270	102,700	1
合計		-	-	-	-	46,303	463,030	9

サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ~ R02/04

作成日： R02/05/09

サービス種類	サービスコード	サービス内容名称	合成単位	延回数(日数)	合計単位	合計金額	人数
訪問看護	131211	訪看 I 3	819	17	13,923	139,230	2
訪問看護	131311	訪看 I 4	1122	18	20,196	201,960	1
訪問看護	131521	訪看 I 5・2超	267	12	3,204	32,040	1
訪問看護	134001	訪問看護特別管理加算 II		3	750	7,500	3
訪問看護	136101	訪問看護サービス提供体制加算 1		6	36	360	1
小計	13****	訪問看護	-	-	38,109	381,090	8
介護予防訪問看護	631211	予訪看 I 3	790	13	10,270	102,700	1
小計	63****	介護予防訪問看護	-	-	10,270	102,700	1
合計	-	-	-	-	48,379	483,790	9

総合計

	サービス種類	単位	延回数(日数)	合計単位(点数)	合計金額	
合計	13****	訪問看護	-	-	38,109	381,090
合計	63****	介護予防訪問看護	-	-	10,270	102,700
総合計	-	-	-	-	48,379	483,790

稼動額集計表

提供年月：令和2年4月

(全請求分)

訪問看護 み●●

印刷日：R2/5/12

要介護1				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
1234567898	*療一*	R2/4	13	0	0	0	0	0	0	0	205,000	5,400	0	210,400	
	合計	(件数計)	1	0	0	0	0	0	0	0	205,000	5,400	0	210,400	

要介護4				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
0024939400	*石京*	R2/4	13	38,192	0	0	0	0	0	9,524	0	840	0	48,556	有
0000025566	*石二*	R2/4	13	0	0	0	0	0	0	0	76,750	800	0	77,550	有
2800000003	*路三*	R2/4	13	0	0	0	0	0	0	0	32,760	0	0	32,760	
	合計	(件数計)	3	38,192	0	0	0	0	0	9,524	109,510	1,640	0	158,866	

利用者請求のみ				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計	医療保険
被保険者番号	氏名	提供年月	種類	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	京	R2/4	13	0	0	0	0	0	0	0	0	15,000	0	15,000	
	治一	R2/4	13	0	0	0	0	0	0	0	0	5,100	0	5,100	
	合計	(件数計)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	20,100	0	20,100	

総合計				保険請求		特定介護サービス費		特定治療請求		利用料請求分				合計
		提供年月	件数	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険請求額	公費請求額	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額	
	合計	R2/4	6	38,192	0	0	0	0	0	9,524	314,510	27,140	0	389,366
	総合計		6	38,192	0	0	0	0	0	9,524	314,510	27,140	0	389,366

介護給付費請求額一覧

請求年月：令和02年05月

訪問看護 み●●

印刷日：R02/06/09

サービス種類

	サービス費用					特定入所者介護サービス費等				
	件数	単位合計	保険請求額	公費請求額	利用者負担額	件数	費用合計	利用者負担	公費請求額	保険請求額
13 訪問看護	4	4,762	38,096	0	9,524	0	0	0	0	0
63 介護予防訪問看護	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
事業所計	5	4,762	38,096	0	9,524	0	0	0	0	0
全体計	5	4,762	38,096	0	9,524	0	0	0	0	0

保険者別請求額一覧

請求年月 R02/05

区分	件数	日数	費用額	保険負担額	公費負担額	本人負担額
011007	札幌市					
居宅系	1	18	214,290	171,432	0	42,858
計	1	18	214,290	171,432	0	42,858
011023	北区					
居宅系	1	4	47,620	38,096	0	9,524
計	1	4	47,620	38,096	0	9,524
462010	鹿児島市					
居宅系	3	26	309,530	278,577	0	30,953
計	3	26	309,530	278,577	0	30,953
合計						
居宅系	5	48	571,440	488,105	0	83,335
計	5	48	571,440	488,105	0	83,335

サービス集計一覧

請求年月： 令和02年05月 ～ 令和02年05月

サービス種類名： 訪問看護

印刷日： R02/06/09

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	訪看20分未満 訪看30分未満 訪看1時間未満 訪看1時間30分未満	訪看理学療法士等 定期巡回 特別指示減算 同一建物減算	特別地域加算 小規模事業所加算 中山間地域等提供加算 緊急時訪問看護加算	特別管理加算 ターミナルケア加算 初回加算 退院時共同指導加算	連携強化加算 サービス提供体制加算 訪看体制強化加算 【保険単位数】	種別	保険請求額	保険利用者負担額	公費請求額	公費本人負担額
要介護1										
療一	0	0	0	250	0	保険	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
1234567898	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	20,196	0	0	0	0	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護1 小計 (1人)	0	0	0	250	0	保険	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	20,196	0	0	0	0	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護2										
石二	0	0	0	250	0	保険	0	0	0	0
1036	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
0000025566	7,371	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護2 小計 (1人)	0	0	0	250	0	保険	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
	7,371	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護4										
石京	0	0	0	250	0	保険	38,096	9,524	0	0
1234	0	0	0	0	24	食費	0	0	0	0
0024939400	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	4,488	0	0	0	4,762	特定治療・療養	0	0	0	0
路三	0	3,204	0	0	0	保険	0	0	0	0
1012	0	0	0	0	0	食費	0	0	0	0
2800000003	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護4 小計 (2人)	0	3,204	0	250	0	保険	38,096	9,524	0	0
	0	0	0	0	24	食費	0	0	0	0
	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	4,488	0	0	0	4,762	特定治療・療養	0	0	0	0

サービス集計一覧

請求年月： 令和02年05月 ～ 令和02年05月

サービス種類名： 訪問看護

印刷日： R02/06/09

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	訪看20分未満 訪看30分未満 訪看1時間未満 訪看1時間30分未満	訪看理学療法士等 定期巡回 特別指示減算 同一建物減算	特別地域加算 小規模事業所加算 中山間地域等提供加算 緊急時訪問看護加算	特別管理加算 ターミナルケア加算 初回加算 退院時共同指導加算	連携強化加算 サービス提供体制加算 訪看体制強化加算 【保険単位数】	種別	保険請求額	保険利用者負担額	公費請求額	公費本人負担額
---------------------------------	---	--------------------------------------	---	--	---	----	-------	----------	-------	---------

総合計 (4人)	0	3,204	0	750	0	保険	38,096	9,524	0	0
	0	0	0	0	24	食費	0	0	0	0
	7,371	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	24,684	0	0	0	4,762	特定治療・療養	0	0	0	0

○ 訪問看護療養費明細書

都道府県 訪問看護ステーションコード
番号 460014

令和 3 年 5 月 分

6 訪問 3 後期 1 単独 0 高齢7

Table with columns for public charge numbers (公費負担番号) and other identifiers.

Table with columns for public charge numbers (公費負担番号) and other identifiers.

Insurance information table including insurer (保険者), policy number (被保険者証), and station number (45646546).

Personal information form for the patient: 石京* (Ishikage), female, born 2014, living at 鹿兒島県鹿兒島市東開町XXX番地XX.

Station information form: 鹿兒島市東開町XXX番地 訪問看護ステーション み●●, telephone number 099-XXX-XXXX, and clinic name 南●●クリニック.

Table for medical conditions (主たる傷病名) and patient status (心身の状態). Includes diagnosis: 慢性喘息様気管支炎, パーキンソン病, and stress-related symptoms.

Table for service periods (指示期間) and actual service days (実日数). Shows dates from 令和03年05月15日 to 令和03年06月14日.

Table for basic care fees (基本療養費) categorized by staff type (nurses, therapists) and duration (3 days, 4 days).

Table for additional care fees (精神科基本療養費) for psychiatric services, including staff counts and rates.

Table for special care fees (基本療養費I及びIIの加算) including emergency visits, long-term care, and night/early morning services.

Table for psychiatric emergency and long-term care fees (精神科緊急訪問看護加算, 長時間精神科訪問看護加算).

Table for management fees (管理療養費) including management fees, special management, and support services.

Table for psychiatric emergency and long-term care fees (精神科緊急訪問看護加算, 長時間精神科訪問看護加算).

Table for information provision fees (訪問看護情報提供療養費) and other miscellaneous fees (70 訪問看護ターミナルケア療養費).

Table for psychiatric emergency and long-term care fees (精神科緊急訪問看護加算, 長時間精神科訪問看護加算).

Summary table (合計) showing total charges of 31,440 yen, including insurance (保険) and public charges (公費).

○ 訪問看護療養費明細書

都道府県 訪問看護ステーションコード
番 号

令和 3 年 5 月 分 46 460014

6 訪問 1 社 1 単独 2 本人

Table with columns for public charge numbers (公費負担番号) and other identifiers.

Table with columns for public charge numbers (公費負担番号) and other identifiers.

Insurance information table including insurer (保険者), policy number (被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号), and payment status (給付).

Personal information form including name (氏名), date of birth (生年月日), address (住所), and reason for care (職務上の事由).

Station and provider information form including station name (訪問看護ステーション), address (住所), telephone number (電話番号), and provider name (氏名).

Medical condition and status form including main injury (主たる傷病名), status (心身の状態), and visit details (訪問開始年月日, 訪問終了年月日).

Table for indication period (指示期間) and insurance days (実日数).

Table for basic care fees (基本療養費) categorized by type (I, II, III) and visit frequency.

Table for nursing and therapy services (31 看護師等, 32 作業療法士, 33 准看護師, 34 看護師等, 35 作業療法士, 36 准看護師).

Table for additional care fees (基本療養費I及びIIの加算, 基本療養費IIIの加算).

Table for emergency and long-term care fees (37 精神科緊急訪問看護加算, 38 長時間精神科訪問看護加算, 39 複数名精神科訪問看護加算).

Table for management and support fees (60 訪問看護情報提供療養費, 70 訪問看護ターミナルケア療養費).

Table for additional services (40 夜間・早朝訪問看護加算, 41 深夜訪問看護加算, 42 精神科複数回訪問加算, 43 看護師等, 44 作業療法士).

Summary and insurance details table including insurance days (9日), total amount (57,250円), and special notes (特記事項).

訪問看護療養費明細書

都道府県 訪問看護ステーションコード
番号 460014

令和 3 年 5 月 分

6 訪問 1 国 1 単独 0 高齢 7

Table with columns for public charge numbers (公費負担番号) and other identifiers.

Table with columns for public charge numbers (公費負担番号) and other identifiers.

Insurance information table including insurer name (保険者), policy number (被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号), and payment amount (給付).

Personal information table including name (氏名), sex (性別), date of birth (生年月日), address (住所), and occupation (職務).

Facility information table including station name (訪問看護ステーション), telephone number (電話番号), and medical institution name (医療機関の名称).

Medical condition table (主たる傷病名) listing conditions like dementia (認知症) and stroke (脳梗塞).

Period table (指示期間) showing dates for the visit period and special periods.

Fee schedule table (基本療養費) listing various services like nursing (看護師), therapy (作業療法士), and their respective fees.

Main service table (30-43) detailing the number of visits, duration, and staff involved for each service type.

Additional fee schedule table (基本療養費I及びIIの加算) listing extra charges for specific conditions and services.

Special fee table (精神科基本療養費) detailing charges for psychiatric services and emergency visits.

Management fee table (管理療養費) listing charges for management services like home visits and coordination.

Summary table (合計) showing total charges, insurance coverage, and other financial details.

令和3年5月分

訪問看護療養費請求書

保険者

殿

ステーションコード
460014

下記のとおり請求する。

訪問看護ステーション
の所在地及び名称

鹿児島市東開町×××番地
訪問看護ステーション み●●

令和3年6月10日

電話番号
指定訪問看護事業者氏名

099-XXX-XXXX
南●● ●郎

印

後期高齢者医療

		件数	日数	金額	負担金額
後期高齢9割	請求				
	※決定				
後期高齢7割	請求	1		31,440	
	※決定				

公費負担医療

		件数	日数	金額	負担金額
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				

※高額療養	件数	
	金額	

別記

殿

訪問看護ステーション
の所在地及び名称

下記のとおり請求します。 令和3年6月29日

指定訪問看護事業者氏名 南●●●郎

印

区 分		件 数	日 数	金 額	負担金額	
医 療 保 険	医保(70以上一般・低所得)と公費の併用					
	医保単独(70以上一般・低所得)	01 (協会)				
		02 (船)	職務上			
			職務外			
		03 (日)				
		04 (日特)				
		31~34(共)	下船3月			
			一般			
		06 (組)				
	63・72~75 (退)					
	小 計					
	医保(70以上7割)と公費の併用					
	医保単独(70以上7割)	01 (協会)				
		02 (船)	職務上			
			職務外			
		31~34(共)	下船3月			
		一般				
		06 (組)				
		63・72~75 (退)				
		小 計				
医保本人と公費の併用						
医保単独(本人)	01 (協会)	1	9	57,250		
	02 (船)	職務上				
		職務外				
	03 (日)					
	04 (日特)					
	31~34(共)	下船3月				
		一般				
	06 (組)					
07 (自)						
63・72~75 (退)						
小 計		1	9	57,250		
医保家族と公費の併用						
医保単独(家族)	01 (協会)					
	02 (船)					
	03 (日)					
	04 (日特)					
	31~34 (共)					
	06 (組)					
	63・72~75 (退)					
	小 計					
医保(6歳)と公費の併用						
医保単独(六歳)	01 (協会)					
	02 (船)					
	03 (日)					
	04 (日特)					
	31~34 (共)					
	06 (組)					
	63・72~75 (退)					
	小 計					
① 合計		1				

区 分		件 数	日 数	金 額	控除額 (公費負担医療)	
公費負担	公費と医保の併用	12(生保)				
	公費と公費の併用	12(生保)				
	公費単独	12(生保)				
		11(結核35)				
	②合計					
総件数①+②		1 件	請求金額		円	

備 考

令和3年5月分

訪問看護療養費請求書

保険者

殿

ステーションコード
460014

下記のとおり請求する。

訪問看護ステーション
の所在地及び名称

鹿児島市東開町XXX番地
訪問看護ステーション み●●

令和3年6月10日

指定訪問看護事業者氏名 南●● ●郎

印

国民健康保険

		件数	日数	金額	負担金額
一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)	請求				
	※決定				
一般被保険者 (70歳以上7割)	請求	1	2	27,200	
	※決定				
一般被保険者	請求				
	※決定				
一般被保険者 (6歳)	請求				
	※決定				
退職者 (本人)	請求				
	※決定				
退職者 (被扶養者)	請求				
	※決定				
退職者 (6歳)	請求				
	※決定				

公費負担医療

		件数	日数	金額	負担金額
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				
	請求				
	※決定				

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数	
		金額			金額	

注意 ※印の欄は記入しないこと。

令和3年5月分訪問看護療養費総括票

事務済印

県内分
県外・組合分

審査員コード



訪問看護ステーションコード	訪問看護ステーションの所在地及び名称、開設者氏名	鹿児島市東開町×××番地 訪問看護ステーション み●● 南●● ●郎 TEL 099-XXX-XXXX
460014		

送付別
直送
・
郵送

入力送付票			
係	送付番号	県コード	点
		46	6

総合計			国・退分			後期高齢分			返戻 件数
請求保 険者数	請求書 総枚数	明細書 総件数	請求保 険者数	請求書 枚数	明細書 件数	請求保 険者数	請求書 枚数	明細書 件数	
1	1	1				1	1	1	

	区分番号	件数	金額	負担金額
国民健康保険	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)			
	一般被保険者 (70歳以上7割)			
	一般被保険者			
	一般被保険者 (6歳)			
	退職者 (本人)			
	退職者 (被扶養者)			
	退職者 (6歳)			
	後高	1	31,440	
	合計	1	31,440	

公費負担医療	件数	患者負担額

令和3年5月分訪問看護療養費総括票

事務済印



県内分
県外・組合分

審査員コード

訪問看護ステーションコード <div style="text-align: center; font-size: 1.2em;">460014</div>	訪問看護ステーションの所在地及び名称、開設者氏名	鹿児島市東開町×××番地 訪問看護ステーション み●● 南●● ●郎 TEL 099-XXX-XXXX
--	--------------------------	--

送付別
直送 ・ 郵送

入力送付票			
係	送付番号	県コード	点
		46	6

総合計			国・退分			後期高齢分			返戻 件数
請求保 険者数	請求書 総枚数	明細書 総件数	請求保 険者数	請求書 枚数	明細書 件数	請求保 険者数	請求書 枚数	明細書 件数	
1	1	1	1	1	1				

区	法 制 番 号	件 数	金 額	負担金額
国 民 健 康 保 険	一般被保険者 (70歳以上一般・低所得)			
	一般被保険者 (70歳以上7割)	1	56,700	
	一般被保険者			
	一般被保険者 (6歳)			
	退職者 (本人)			
	退職者 (被扶養者)			
	退職者 (6歳)			
後 高				
合 計		1	56,700	

公 費 負 担 医 療	件 数	患者負担額

訪問看護療養費別請求額一覧

提供年月： R02/04 ～ R02/04

作成日： R02/06/09

項番	名称	単価	延回数	合計金額	実人数
1	基本療養費 I (看護師) 週 3 日まで	5,550	11	61,050	2
2	基本療養費 I ハ	12,850	1	12,850	1
3	精神基本療養費 I (看護師) 週 3 日まで30分以上	5,550	5	27,750	1
4	訪問看護管理療養費	7,440	3	22,320	3
5	訪問看護管理療養費 2 日目以降	3,000	14	42,000	3
6	特別管理加算	2,500	1	2,500	1
7	訪問看護情報提供療養費 1	1,500	1	1,500	1
合計	-	-	-	169,970	4

医療保険分稼動額（利用料請求情報も含めて集計）

請求年月：令和2年4月

(全請求分)

訪問看護 み●●

印刷日：令和2年6月30日

様式	公費①	公費②	氏名	提供年月	実回数	請求金額①	窓口保険徴収分	自費金額②	合計(①+②)	介護対象分
社保1併	52		*保 小*	R2/3	13	133,140	0	0	133,140	
社保1併	54		*病 加古*	R2/3	5	33,315	0	0	33,315	
小計			(件数)	2	18	166,455	0	0	166,455	

様式	公費①	公費②	氏名	提供年月	実回数	請求金額①	窓口保険徴収分	自費金額②	合計(①+②)	介護対象分
国保1併	52		*療 小*	R2/3	9	171,840	0	0	171,840	
小計			(件数)	1	9	171,840	0	0	171,840	

様式	公費①	公費②	氏名	提供年月	実回数	請求金額①	窓口保険徴収分	自費金額②	合計(①+②)	介護対象分
後期単独			*治 一*	R2/3	18	159,840	0	0	159,840	
後期単独			*田 信*	R2/3	13	115,590	0	0	115,590	
小計			(件数)	2	31	275,430	0	0	275,430	

様式	公費①	公費②	氏名	提供年月	実回数	請求金額①	窓口保険徴収分	自費金額②	合計(①+②)	介護対象分
後期1併	54		*石 京*	R2/3	8	72,840	0	0	72,840	
後期1併	21		*立支援 医療訪*	R2/3	4	47,690	0	0	47,690	
小計			(件数)	2	12	120,530	0	0	120,530	

	提供年月	件数	実回数	請求金額①	窓口保険徴収分	自費金額②	合計(①+②)
合計	R2/3	7	70	734,255	0	0	734,255
総合計		7	70	734,255	0	0	734,255

アセスメント

[*国 良*

様]

簡易アセスメント

女性 昭和14年7月29日 生

作成日 [令和 2年4月1日]

項目	評価	備考
麻痺拘縮	麻痺の有無：ない 関節の動く範囲の制限：膝関節	
移動	寝返り：何かにつかまればできる 起き上がり：何かにつかまればできる 座位保持：自分の手で支えればできる 両足での立位保持：支えなしでできる 歩行：何かにつかまればできる 移乗：一部介助 移動：一部介助	
複雑動作	立ち上がり：何かにつかまればできる 片足での立位：何か支えがあればできる 洗身：一部介助	
身の回り	褥瘡の有無：ない 皮膚疾患の有無：ない 嚥下：見守り等 食事摂取：見守り等 飲水：見守り等 排尿：見守り等 排便：見守り等	
衛生・自己管理	清潔 口腔衛生：一部介助 清潔 洗顔：自立 清潔 整髪：自立 清潔 つめきり：一部介助 衣服脱着 上着の脱着：見守り等 衣服脱着 スポン・パンツ等の脱着：見守り等 薬の管理：一部介助 金銭の管理：自立 電話の利用：一部介助 日常の意思決定：自立	
意思疎通	視力：普通（日常生活に支障がない） 聴力：普通の声はやっと聞きとれる 意思の伝達：ときどき伝達できる 指示への反応：介護者の指示が通じる 毎日の日課の理解：できる 生年月日、年齢を答えることができる：できる 面接調査直前に何をしていたか思い出せる事が：できる 自分の名前を答えることができる 今の季節を理解することができる	

[*国 良* 様]

簡易アセスメント

女性 昭和14年7月29日 生

作成日 [令和 2年4月1日]

項目	評価	備考
問題行動	物を盗まれたなどと被害的にあることが：ない 作話をし周囲に言いふらすことが：ない 実際にはないものが見えたり、聞こえたりすることが：ない 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが：ない 夜間不眠あるいは昼夜の逆転が：ない 暴言や暴行が：ない しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが：ときどきある 大声を出すことが：ない	
特別医療（過去14日間に受けた医療）		
その他	日中の生活：座っている事が多い 外出頻度：週1回以上 家族・居住環境・社会参加等の状況における生活の不活性化の原因になるような変化：ない	

サービス計画書

日課計画表

作成年月日 令和2年5月1日

利用者名 * 国 良 * 殿

		共通サービス	担当者	個別サービス	担当者	主な日常生活上の活動	共通サービスの例	
深夜	4:00						食事介護 朝食 昼食 夕食 入浴介助(曜日) 清拭介助 洗面介助 口腔清潔介助 整容介助 更衣介助 排泄介助 水分補給介助 体位変換	
早朝	6:00					起床(自立)		
午前	8:00					洗顔、食事の準備、食事(自立)		
	10:00	清掃、食事支援・見守り	看護師	訪問看護		Tv鑑賞 掃除、食事の後片付け		
	12:00			訪問看護		昼食準備(長男嫁支援)		
午後	14:00			訪問看護		昼食		
	16:00	入浴介助	家族(長男嫁)			昼寝 散歩、庭や菜園の手入れ		
	18:00					入浴(シャワー浴) 火・金曜日は帰宅		
夜間	20:00					入食事の準備 夕食		
	22:00					就眠		
深夜	24:00							
	2:00					トイレに起床(自立)		
随時実施するサービス								

その他のサービス	
----------	--

居宅支援経過記録

利用者氏名 * 石 京 * 殿

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名 * 玉 あや *

年月日	内 容	年月日	内 容
R02. 04. 01(水)	[介護記録]	16:00	【実施項目】
10:00	【実施項目】	*玉 あや*	[看護・介助]
玉 あや	[医療的処置]		全身清拭, 受診同行, 内服確認, 与薬
	褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔ガーゼ交換		[医療的処置]
			褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管
R02. 04. 01(水)	[看護記録]		[リハビリ・その他]
10:00~10:59	【実施項目】		医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡
玉 あや	[看護・介助]		
	一般状態の観察, 部分清拭		
	[医療的処置]	R02. 04. 09(木)	[ケース記録]
	褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管, 喀痰吸引	15:00~16:00	体温: 36.4℃ 脈拍: 72(回/分) 呼吸: 24(回/分) 血圧:
	・管理, 浣腸・排便, 点滴介助・管理	*玉 あや*	125 / 95 SpO2: 95%
	[リハビリ・その他]		
	医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, 家族へ連絡		「首、腰、手足の痛み」「手足の部分的な痩せ」などを散見
			。
R02. 04. 01(水)	[介護記録]		
17:17	【実施項目】		
玉 あや	[看護・介助]		
	受診同行, 処方薬代行, 内服確認, 与薬		
	【特記事項】		
	服薬 本日中止		
R02. 04. 04(土)	[看護記録]		
10:00~10:59	【実施項目】		
玉 あや	[医療的処置]		
	褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔ガーゼ交換		
	【特記事項】		
	褥瘡予防対策の実施		
R02. 04. 04(土)	[看護記録]		
16:00	【実施項目】		
玉 あや	[看護・介助]		
	一般状態の観察, 寝衣交換, 体位交換, 処方薬代行, 与薬		
	[医療的処置]		
	褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管		
	[リハビリ・その他]		
	医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡		
R02. 04. 04(土)	[看護記録]		

居宅支援経過記録

利用者氏名 *** 石 京 * 殿**

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名 *** 玉 あや ***

年月日	内 容	年月日	内 容
R02. 04. 01(水) 10:00 *玉 あや*	[介護記録] 【実施項目】 [医療的処置] 褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔ガーゼ交換		一般状態の観察, 寝衣交換, 体位交換, 処方薬代行, 与薬 [医療的処置] 褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管 [リハビリ・その他] 医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡
R02. 04. 01(水) 10:00~10:59 *玉 あや*	[看護記録] 【実施項目】 [看護・介助] 一般状態の観察, 部分清拭 [医療的処置] 褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管, 喀痰吸引・管理, 浣腸・摘便, 点滴介助・管理 [リハビリ・その他] 医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, 家族へ連絡	R02. 04. 04(土) 16:00 *玉 あや*	[看護記録] 【実施項目】 [看護・介助] 全身清拭, 受診同行, 内服確認, 与薬 [医療的処置] 褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管 [リハビリ・その他] 医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡
R02. 04. 01(水) 17:17 *玉 あや*	[介護記録] 【実施項目】 [看護・介助] 受診同行, 処方薬代行, 内服確認, 与薬 【特記事項】 服薬 本日中止	R02. 04. 09(木) 15:00~16:00 *玉 あや*	[ケース記録] 体温: 36.4℃ 脈拍: 72(回/分) 呼吸: 24(回/分) 血圧: 125 / 95 SpO2: 95% 「首、腰、手足の痛み」「手足の部分的な痩せ」などを散見。
R02. 04. 04(土) 10:00~10:59 *玉 あや*	[看護記録] 【実施項目】 [医療的処置] 褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔ガーゼ交換 【特記事項】 褥瘡予防対策の実施		
R02. 04. 04(土) 16:00 *玉 あや*	[看護記録] 【実施項目】 [看護・介助]		

居宅支援経過記録

利用者氏名 *** 石 京 * 殿**

居宅サービス計画作成者(照会者)氏名 *** 玉 あや ***

年月日	内 容	年月日	内 容
R02. 04. 01(水)	[介護記録]		一般状態の観察, 寝衣交換, 体位交換, 処方薬代行, 与薬
10:00	【実施項目】		[医療的処置]
玉 あや	[医療的処置]		褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管
	褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔ガーゼ交換		[リハビリ・その他]
			医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡
R02. 04. 01(水)	[看護記録]		
10:00~10:59	【実施項目】		
玉 あや	[看護・介助]	R02. 04. 04(土)	[看護記録]
	一般状態の観察, 部分清拭	16:00	【実施項目】
	[医療的処置]	*玉 あや*	[看護・介助]
	褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管, 喀痰吸引		全身清拭, 受診同行, 内服確認, 与薬
	・管理, 浣腸・摘便, 点滴介助・管理		[医療的処置]
	[リハビリ・その他]		褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管
	医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, 家族へ連絡		[リハビリ・その他]
			医師へ連絡, ケアマネージャーへ連絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡
R02. 04. 01(水)	[介護記録]		
17:17	【実施項目】		
玉 あや	[看護・介助]	R02. 04. 09(木)	[ケース記録]
	受診同行, 処方薬代行, 内服確認, 与薬	15:00~16:00	体温: 36.4℃ 脈拍: 72(回/分) 呼吸: 24(回/分) 血圧:
		玉 あや	125 / 95 SpO2: 95%
	【特記事項】		
	服薬 本日中止		「首、腰、手足の痛み」「手足の部分的な痩せ」などを散見
R02. 04. 04(土)	[看護記録]		。
10:00~10:59	【実施項目】		
玉 あや	[医療的処置]		
	褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔ガーゼ交換		
	【特記事項】		
	褥瘡予防対策の実施		
R02. 04. 04(土)	[看護記録]		
16:00	【実施項目】		
玉 あや	[看護・介助]		

サービス担当者会議の要点

作成年月日 令和02年04月01日

利用者名 *石 京* 殿

居宅サービス計画作成者（担当者）氏名 *玉 あや*

開催日 令和02年04月01日

開催場所 利用者入所施設

開催時間 09:00～11:00

開催回数 3

会議出席者	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名	所属（職種）	氏名
	ケアセンター「み●●」 (介護支援専門員)	*玉 あや*	訪問看護 み●●(医師)	*看 医*	ケアセンター「み●●」 (介護支援専門員)	*崎 六*
	訪問看護 み●●(看護師)	*木 あざ*				
検討した項目	初回通所介護利用に伴って（要介護） 本人より 家族より サービス事業所より					
検討内容	<p>1. 体調管理について 血圧について、確認する。自宅でも血圧の測定は毎日行っている。手首で測る機種のため、通常より高めに数値が計測されるとの事。最近、130前後である。心疾患についても、検査を実施し問題ないとの診断を受けている。 現在は、胸部の痛みなどもなく経過は良好である。今後も継続して、痛みの確認や血圧の計測については行っていく必要がある。</p> <p>2. 排泄について 自宅にて、退院後はポータブルトイレを使用していた。最近、調子が良いとの事で、自宅トイレを使用するため、家族にて移動介助し援助している。ポータブルトイレについては、両肘の手摺やベッドの介助バーがあることから、一人でズボンの上げ下げも行っている。しかし、自宅トイレでは握る場所が少なく、使用したい場所に無いことから立位時のバランスも不安定となり本人の恐怖心もあるため、設置されている手摺より手を離すことが出来ず介助が必要である。今回、ポールポジショニングバーを活用し、移動の安定とズボンの上げ下げが出来るだけ、本人の力で実施できるよう設置を検討する。</p>					
結論	訪問看護・・・週3回（月・水・木曜日）利用。15時より実施する。必要に応じて時間・曜日等調整する。移動状況の確認。寝台周辺や移動箇所の整理を行い、転倒防止に努める。また、居間やトイレなどを確認し、汚染時は清掃を行い転倒予防に努める。					
残された課題 (次回の開催時期)						

[*石 京*

様]

サービス計画書

訪問看護 み●●

作成日 [令和02年05月30日]

作成者 [*阜 梅*

]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	曜日（頻度）	具体的内容	その他
安楽な呼吸と安定した栄養補給ができるなど健康の維持をする	体調管理をしながら現在の健康を維持していく	H29/6/1 ~ H29/11/30	呼吸管理	H29/6/1 ~ H29/8/31	呼吸状態の観察、酸素管理、痰の吸引、気管切開部の清潔維持及び皮膚状態の観察	毎日		
			胃ろう管理	H29/6/1 ~ H29/8/31	消毒、ガーゼ交換、体調にあわせて水分量の管理	毎日		
			体調変化の早期発見	H29/6/1 ~ H29/8/31	全身の観察 バイタルチェック	毎日		
			臥床による合併症の予防	H29/6/1 ~ H29/8/31	体位交換 排便チェックと必要時の排便コントロール 尿道留置カテーテルの管理	毎日		

サービス計画書について説明を受け、内容に同意しました。

年 月 日 利用者（代理者）氏名

印

サービス評価表

作成日 [令和02年05月10日]

訪問看護 み●●
作成者 [*阜 梅*]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	曜日（頻度）	具体的内容	その他	評価
安楽な呼吸と安定した栄養補給ができるなど健康の維持をする	体調管理をしながら現在の健康を維持していく	R02/4/1 ~ R02/5/10	呼吸管理	R02/4/1 ~ R02/5/10	呼吸状態の観察、酸素管理、痰の吸引、気管切開部の清潔維持及び皮膚状態の観察	毎日	トイレ誘導、排泄失敗時はリハビリパンツ、尿取りなどの交換を行う。清拭など、清潔にする。皮膚状態の確認。本人に更衣の促し、介助する。		以前と比べ、歩行器を使用しながら歩行できる時間が長くなった。
			胃ろう管理	R02/4/1 ~ R02/5/10	消毒、ガーゼ交換、体調にあわせて水分量の管理	毎日			
			体調変化の早期発見	R02/4/1 ~ R02/5/10	全身の観察 バイタルチェック	毎日			
			臥床による合併症の予防	R02/4/1 ~ R02/5/10	体位交換 排便チェックと必要時の排便コントロール 尿道留置カテーテルの管理	毎日			

予防サービス計画書

訪問看護 み●●

作成日 [令和02年04月01日]

作成者 [* 玉 あや *]

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	目標についての支援のポイント	期間	具体的なサービス内容	評価
運動・移動について 信号が赤色から青色に変わっているにも関わらず反応が遅く、後ろからブザーを押されることが多くなったり、目の前に止まっている自動車に追突しそうになり急ブレーキをかけた後、歩行者が横断しているのに気づかずにはさまったりと、高齢による認知・運動機能の低下から自動車の運転について事故の発生のリスクが高まっている。	信号が赤色から青色に変わっているにも関わらず反応が遅く、後ろからブザーを押されることが多くなったり、目の前に止まっている自動車に追突しそうになり急ブレーキをかけた後、歩行者が横断しているのに気づかずにはさまったりと、高齢による認知・運動機能の低下から自動車の運転について事故の発生のリスクが高まっている。	■有 □無 認知・運動機能に衰えによる自動車事故のリスクが高まっていると状態であるといえます。 ただし、本人の自動車の運転についての意欲が失われているわけではなく、現状でただちに免許を返納しなければならないほどの危険な状態には陥ってはいません。そのため自動車の運転において起こり得る事故に対するリスクをいかに抑えられるのかを検討する必要があります。	高血圧、骨粗鬆症のため週に〇回通院している。現在は服薬治療中で病状は落ち着いている。 抑うつ傾向にあり自宅にこもりがちである	(目標) 定期的を受診し、医師へ体調の変化を相談出来る (具体策) ① 主治医への通院 ② 身体(健康)状態の確認及び把握(血圧測定・体重測定) ③ 必要時の受診 ④ 服薬の確認及び管理 ⑤ 予後予測	服薬の選択とタイミングを間違わずに出来る欲しい。	服薬と運動療法を同時に実施していく事が重要	本人及び家族に服薬の重要性について理解してもらうようにする	R2/4/1 ~ R2/4/30	呼吸状態の観察、酸素管理、痰の吸引、服薬状態の確認	
日常生活(家庭生活)について 今のところ家事は自分でできている。これからできなくなるかもしれないと思うと不安になる。	自分も高齢で病気になるので不安はありますが、これまで家族のために精一杯働いてくれたので、出来る限り本人の望むようにしてあげたい。	■有 □無 日常生活全般にわたり自立しているが、年々活動量が減少してきており、現状の生活を継続すると廃用が進み出来ないことが増えていく危険性がある。								
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 以前のように人と関	以前のように地域の活動に参加してもらいたい。	■有 □無 補聴器をつけているが、普通の声で話すと聞き間違えが多く								

[* 石 京 *

様]

予防サービス計画書

訪問看護 み●●

作成日 [令和02年04月01日

] 作成者 [* 玉 あや *

アセスメント領域 と現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての 意向 本人・家族	目標	目標についての 支援のポイント	期間	具体的なサービス内容	評価
わりながら生活したい		、コミュニケーションをとりにくい。								
健康管理について 病状が安定し、家族 に迷惑をかけずに生 活したい	健康に気を付けて 、これからも元氣 に生活を続けても らいたい。	■有 □無 定期受診により病状 は安定している。服 薬は自分で管理し飲 み忘れも残薬もない 。血圧が高い為、塩 分の多い食事は摂ら ないようにし、週に 〇回散歩に行くなど 運動するように気を 付けている。								

私は、この計画書に同意いたします。

印

予防サービス評価表

訪問看護 み●●

作成日 [令和02年04月01日

] 作成者 [* 玉 あや *

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題(背景・原因)	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	目標についての支援のポイント	期間	具体的なサービス内容	評価
<p>運動・移動について</p> <p>信号が赤色から青色に変わっているにも関わらず反応が遅く、後ろからブザーを押されることが多くなったり、目の前に止まっている自動車に追突しそうになり急ブレーキをかけた。歩行者が横断しているのに気づかず、高年齢による認知・運動機能の低下から自動車の運転について事故の発生のリスクが高まっている。</p>	<p>信号が赤色から青色に変わっているにも関わらず反応が遅く、後ろからブザーを押されることが多くなったり、目の前に止まっている自動車に追突しそうになり急ブレーキをかけた。歩行者が横断しているのに気づかず、高年齢による認知・運動機能の低下から自動車の運転について事故の発生のリスクが高まっている。</p>	<p>■有 □無</p> <p>認知・運動機能に衰えによる自動車事故のリスクが高まっていると状態であるといえます。</p> <p>ただし、本人の自動車の運転についての意欲が失われているわけではなく、現状でただちに免許を返納しなければならないほどの危険な状態には陥ってはいません。そのため自動車の運転において起こり得る事故に対するリスクをいかに抑えられるのかを検討する必要があります。</p>	<p>高血圧、骨粗鬆症のため週に〇回通院している。現在は服薬治療中で病状は落ち着いている。</p> <p>抑うつ傾向にあり自宅にこもりがちである</p>	<p>(目標)</p> <p>定期的に受診し、医師へ体調の変化を相談出来る</p> <p>(具体策)</p> <p>① 主治医への通院 ② 身体(健康)状態の確認及び把握(血圧測定・体重測定) ③ 必要時の受診 ④ 服薬の確認及び管理 ⑤ 予後予測</p>	<p>服薬の選択とタイミングを間違わずに出来る欲しい。</p>	<p>服薬と運動療法を同時に実施していく事が重要</p>	<p>本人及び家族に服薬の重要性について理解してもらうようにする</p>	<p>R2/4/1 ~ R2/4/30</p>	<p>呼吸状態の観察、酸素管理、痰の吸引、服薬状態の確認</p>	<p>以前と比べ、正しく服薬が出来る。</p>
<p>日常生活(家庭生活)について</p> <p>今のところ家事は自分でできている。これからできなくなるかもしれないと思うと不安になる。</p>	<p>自分も高齢で病気になるので不安はありますが、これまで家族のために精一杯働いてくれたので、出来る限り本人の望むようにしてあげたい。</p>	<p>■有 □無</p> <p>日常生活全般にわたり自立しているが、年々活動量が減少してきており、現状の生活を継続すると廃用が進み出来ないことが増えていく危険性がある。</p>								
<p>社会参加、対人関係・コミュニケーションについて</p> <p>以前のように人と関</p>	<p>以前のように地域の活動に参加してもらいたい。</p>	<p>■有 □無</p> <p>補聴器をつけているが、普通の声で話すと聞き間違いが多く</p>								

[* 石 京 *

様]

予防サービス評価表

訪問看護 み●●

作成日 [令和02年04月01日

] 作成者 [* 玉 あや *

アセスメント領域 と現在の状況	本人・家族の 意欲・意向	領域における課題 (背景・原因)	総合的課題	課題に対する 目標と具体策 の提案	具体策についての 意向 本人・家族	目標	目標についての 支援のポイント	期間	具体的なサービス内容	評価
わりながら生活したい		、コミュニケーションをとりにくい。								
健康管理について 病状が安定し、家族 に迷惑をかけずに生 活したい	健康に気を付けて 、これからも元氣 に生活を続けても らいたい。	■有 □無 定期受診により病状 は安定している。服 薬は自分で管理し飲 み忘れも残薬もない 。血圧が高い為、塩 分の多い食事は摂ら ないようにし、週に 〇回散歩に行くなど 運動するように気を 付けている。								

個別援助計画書

作成日： 令和2年4月1日

利用者氏名： *石 京*

個別援助計画

作成年月日	令和2年4月1日	前回作成日	令和2年1月10日		
要介護認定日	令和1年9月1日	要支援状態区分	要介護 4		
主たる介護者	*石 健*	続柄	長男	同意年月日	令和2年3月30日
電話番号	099-XXX-XXXX	連絡先			

居宅介護支援事業所情報

事業所番号	4699999997	事業所名	定期・随時巡回 ゆ●●
所在地	鹿児島県鹿児島市X X X町X X X X番地	電話番号	099-XXX-XXXX
担当者	*愛 菊*		

【援助目標/期間】

援助目標	期間	見直日	備考
服薬と運動療法を同時に実施していく事が重要	R2/4/1 ~ R2/4/30	令和2年4月30日	

本人及び家族の意向・希望

健康に気を付けて、これからも元気に生活を続けてもらいたい。

本人及び家族へのお願い

本人及び家族に服薬の重要性について理解してもらうようにする

援助内容

訪問プラン

No	月	火	水	木	金	土	日	提供時間帯
1		○			○			11:00~11:59

No	提供曜日	提供時間	提供種類	担当者①	* 玉 あや *	担当者②	
1	火,金	11:00~11:59	介護	担当者③		担当者④	
ケア項目				ケア内容			所要時間
看護・介助				呼吸状態の観察、酸素管理、痰の吸引、服薬状態の確認			59分
留意事項							
定期的に受診し、医師へ体調の変化を相談出来る							

評価

目標達成度

評価日

服薬の管理については、本人で出来る様になった。

満足度内容

評価日 令和2年4月30日

以前と比べ、正しく服薬が出来ている。

見直し内容

評価日 令和2年4月30日

呼吸状態の観察、酸素管理、痰の吸引について

説明日： 令和2年4月30日

説明者： *玉 あや*

職種： 看護師

令和2年04月 サービス予定カレンダー

石 京 様

訪問看護 み●●

日	月	火	水	木	金	土
			1	2	3 11:00-11:59 訪問看護 (*玉)	4
5	6	7 11:00-11:59 訪問看護 (*玉)	8	9	10 11:00-11:59 訪問看護 (*玉)	11
12	13	14 11:00-11:59 訪問看護 (*玉)	15	16	17 11:00-11:59 訪問看護 (*玉)	18
19	20	21 11:00-11:59 訪問看護 (*玉)	22	23	24 11:00-11:59 訪問看護 (*玉)	25
26	27	28 11:00-11:59 訪問看護 (*玉)	29	30		

※は印刷できない他の予定があります

令和2年04月 サービス予定カレンダー

玉 あや

様

訪問看護 み●●

日	月	火	水	木	金	土
			1 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 10:00-10:59 訪問看護 (*石 二*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	2 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	3 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 10:00-10:59 訪問看護 (*石 二*) 11:00-11:59 訪問看護 (*石 京*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	4 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)
5 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	6 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	7 ※ 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 09:00-09:00 訪問看護 (*療 一*) 09:00-09:59 訪問介護 (*路 りさ*) 11:00-11:59 訪問看護 (*石 京*)	8 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 10:00-10:59 訪問看護 (*石 二*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	9 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	10 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 10:00-10:59 訪問看護 (*石 二*) 11:00-11:59 訪問看護 (*石 京*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	11 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)
12 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	13 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	14 ※ 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 09:00-09:00 訪問看護 (*療 一*) 09:00-09:59 訪問介護 (*路 りさ*) 11:00-11:59 訪問看護 (*石 京*)	15 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 10:00-10:59 訪問看護 (*石 二*) 11:00-12:00 担当者会議 (*石 京*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	16 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	17 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 10:00-10:59 訪問看護 (*石 二*) 11:00-11:59 訪問看護 (*石 京*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	18 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)
19 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	20 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	21 ※ 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 09:00-09:00 訪問看護 (*療 一*) 09:00-09:59 訪問介護 (*路 りさ*) 11:00-11:59 訪問看護 (*石 京*)	22 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 10:00-10:59 訪問看護 (*石 二*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	23 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	24 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 10:00-10:59 訪問看護 (*石 二*) 11:00-11:59 訪問看護 (*石 京*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	25 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)
26 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	27 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	28 ※ 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 09:00-09:00 訪問看護 (*療 一*) 09:00-09:59 訪問介護 (*路 りさ*) 11:00-11:59 訪問看護 (*石 京*)	29 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 10:00-10:59 訪問看護 (*石 二*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)	30 07:30-07:59 訪問介護 (*石 サ*) 12:00-12:29 訪問介護 (*石 サ*)		

※は印刷できない他の予定があります

				4/1 (水)	4/2 (木)	4/3 (金)	4/4 (土)
玉 あや				10:00-10:59 介護 *石 二*		10:00-10:59 介護 *石 二* 11:00-11:59 介護 *石 京*	
木 あざ				09:00-09:59 介護 *田 信*	09:00-09:59 介護 *治 一* 20:00-20:59 介護 *安 花*	09:00-09:59 介護 *治 一* 09:00-09:59 介護 *田 雄一*	
取 史				09:00-09:59 介護 *城 良* 14:00-14:29 介護 *老野 三*		09:00-09:59 介護 *城 良*	09:00-09:59 介護 *城 良*
阜 梅					13:00-13:59 介護 *治 花*		13:00-13:59 介護 *治 花*
都 八					11:00-11:29 介護 *大阪 介*		11:00-11:29 介護 *大阪 介*

				4/1 (水)	4/2 (木)	4/3 (金)	4/4 (土)
石 京						11:00-11:59 介護 *玉 あや*	
石 二				10:00-10:59 介護 *玉 あや*		10:00-10:59 介護 *玉 あや*	
治 一					09:00-09:59 介護 *木 あざ*	09:00-09:59 介護 *木 あざ*	
治 花					13:00-13:59 介護 *阜 梅*		13:00-13:59 介護 *阜 梅*
城 良				09:00-09:59 介護 *取 史*		09:00-09:59 介護 *取 史*	09:00-09:59 介護 *取 史*
田 信				09:00-09:59 介護 *木 あざ*			
大阪 介					11:00-11:29 介護 *都 八*		11:00-11:29 介護 *都 八*
老野 三				14:00-14:29 介護 *取 史*			
田 雄一						09:00-09:59 介護 *木 あざ*	
安 花					20:00-20:59 介護 *木 あざ*		

訪問看護計画書

ふりがな 利用者氏名	*かし きょう* *石 京*	生年月日	昭和14年6月16日 生 (80 歳)
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	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24		
看護・リハビリテーションの目標 異常を早期に発見し、在宅生活を継続することが出来る。 安全にインスリン注射ができ、血糖コントロールが出来る。 家族の精神的負担を軽減できる。			
年 月 日	問 題 点 ・ 解 決 策	評 価	
H29/6/1	# 1 疾患による呼吸機能低下に関連した急性増悪の恐れ ・バイタルサイン、呼吸状態 (HOT:2~3L)、呼吸苦の有無・程度、内服状況、排泄状況、酸素の使用・管理状況、睡眠状況、咳嗽・喀痰の有無・程度・性状、食事・水分摂取状況、皮膚の状況 ・残薬の確認し内服状況の把握に努めるとともに、軟膏吸入薬の使用状況の確認 ・呼吸リハビリの実施 (口すぼめ呼吸法の練習) ・急変時の対応方法を利用者本人と確認する。必要に応じて、医師へ連絡し、指示を仰ぐ。 # 2 加齢に伴う筋力低下、在宅酸素使用に関連した転倒・転落の恐れ ・ADLの状況、転倒・転落の有無、保清状況、 ・つまづきそうな物がある場合には、移動・除去する。 ・自己リハビリは上半身の筋肉拘縮予防のためのストレッチや座位での足踏みや立ち上がり訓練などとする。 # 3 独居により不安がある ・不安や疑問があれば、相談・助言行う。 ・必要に応じて、関係職種と連携を図る。	退院後も痰がらみはあるが呼吸は落ち着いてきている。ヘルパーさんの利用回数の増加にて対応。 今後も転倒予防は必要。呼吸状態に応じて無理はしないように実施できるようにする。 独居での不安あり。計画継続。	
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	
訪問予定の職種 (※当該月に理学療法士等による訪問が予定されている場合に記載)			
備 考			

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2年4月1日

鹿児島市東開町XXXX番地

●●病院
●村 四●

事業所名
管理者氏名
殿

訪問看護 み●●
阜 梅

印

訪問看護計画書

利用者氏名	*石 京*	生年月日	昭和14年6月16日 生 (80 歳)
要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 ④ 5)		
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地2 4		
看護・リハビリテーションの目標 異常を早期に発見し、在宅生活を継続することが出来る。 安全にインスリン注射ができ、血糖コントロールが出来る。 家族の精神的負担を軽減できる。			
年 月 日	問 題 点 ・ 解 決 策	評 価	
H29/6/1	# 1 疾患による呼吸機能低下に関連した急性増悪の恐れ ・バイタルサイン、呼吸状態 (HOT:2~3L)、呼吸苦の有無・程度、内服状況、排泄状況、酸素の使用・管理状況、睡眠状況、咳嗽・喀痰の有無・程度・性状、食事・水分摂取状況、皮膚の状況 ・残薬の確認し内服状況の把握に努めるとともに、軟膏吸入薬の使用状況の確認 ・呼吸リハビリの実施 (口すぼめ呼吸法の練習) ・急変時の対応方法を利用者本人と確認する。必要に応じて、医師へ連絡し、指示を仰ぐ。 # 2 加齢に伴う筋力低下、在宅酸素使用に関連した転倒・転落の恐れ ・ADLの状況、転倒・転落の有無、保清状況、つまづきそうな物がある場合には、移動・除去する。 ・自己リハビリは上半身の筋肉拘縮予防のためのストレッチや座位での足踏みや立ち上がり訓練などとする。 # 3 独居により不安がある ・不安や疑問があれば、相談・助言を行う。 ・必要に応じて、関係職種と連携を図る。	退院後も痰がらみはあるが呼吸は落ち着いてきている。ヘルパーさんの利用回数の増加にて対応。 今後も転倒予防は必要。呼吸状態に応じて無理はしないように実施できるようにする。 独居での不安あり。計画継続。	
衛生材料等が必要な処置の有無		有 ・ ④	
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： *玉 あや*	職種： 看護師	
作成者②	氏名： *玉 あや*	職種： 看護師	

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2年4月1日

鹿児島市東開町X X X X番地

●●病院

●村 四●

事業所名

管理者氏名

殿

訪問看護 み●●

阜 梅

印

精神科訪問看護計画書

ふりがな 利用者氏名	*かし きょう* *石 京*	生年月日	昭和14年6月16日 生 (80 歳)
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	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4		

看護の目標

異常を早期に発見し、在宅生活を継続することが出来る。
安全にインスリン注射ができ、血糖コントロールが出来る。
家族の精神的負担を軽減できる。

年 月 日	問 題 点 ・ 解 決 策	評 価
H29/6/1	<p># 1 疾患による呼吸機能低下に関連した急性増悪の恐れ</p> <ul style="list-style-type: none"> バイタルサイン、呼吸状態 (HOT:2~3L)、呼吸苦の有無・程度、内服状況、排泄状況、酸素の使用・管理状況、睡眠状況、咳嗽・喀痰の有無・程度・性状、食事・水分摂取状況、皮膚の状況 残薬の確認し内服状況の把握に努めるとともに、軟膏吸入薬の使用状況の確認 呼吸リハビリの実施 (口すぼめ呼吸法の練習) 急変時の対応方法を利用者本人と確認する。必要に応じて、医師へ連絡し、指示を仰ぐ。 <p># 2 加齢に伴う筋力低下、在宅酸素使用に関連した転倒・転落の恐れ</p> <ul style="list-style-type: none"> A D L の状況、転倒・転落の有無、保清状況、つまづきそうな物がある場合には、移動・除去する。 自己リハビリは上半身の筋肉拘縮予防のためのストレッチや座位での足踏みや立ち上がり訓練などとする。 <p># 3 独居により不安がある</p> <ul style="list-style-type: none"> 不安や疑問があれば、相談・助言行う。 必要に応じて、関係職種と連携を図る。 	<p>退院後も痰がらみはあるが呼吸は落ち着いてきている。ヘルパーさんの利用回数の増加にて対応。</p> <p>今後も転倒予防は必要。呼吸状態に応じて無理はしないように実施できるようにする。</p> <p>独居での不安あり。計画継続。</p>

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

訪問予定の職種 (※当該月に作業療法士による訪問が予定されている場合に記載)

備 考

上記の訪問看護計画書に基づき指定訪問看護を実施いたします。

令和2年4月1日

鹿児島市東開町 X X X X 番地

●●病院

●村 四●

事業所名

管理者氏名

殿

訪問看護 み●●

阜 梅

印

訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (令和2年4月1日 ~ 令和2年9月30日)
 点滴注射指示期間 (~)

患者氏名	*石 京*	生年月日	昭和14年6月16日 (80 歳)
患者住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 X X 電話番号		
主たる傷病名	(1) 萎縮膀胱	(2)	(3)
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態		
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.	
	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 IIa IIb IIIa IIIb Ⅳ M
		要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)
		褥瘡の深さ	DESIGN分類 D3 D4 D5 NPUAP分類 III度 IV度
		装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻:サイズ 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位: サイズ 日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式:設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他()
留意事項及び指示事項 ショックに注意しながらキシロカインゼリー10ccを尿道から注入する。それでも挿入困難な場合はチーマンカテーテルを使う。挿入困難時に無理をして挿入を試みると合併症を引き起こすことがあるので、応急処置として恥骨上から穿刺排尿を行った上で、泌尿器科専門医にコンサルテーションする。			
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)			
緊急時の連絡先 不在時の対応	訪問看護ステーション ●●空	099-XXX-XXXX	不在時は、主治医 (泌尿器科医) への確認
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項 等があれば記載して下さい。) 腎盂腎炎の他、急性前立腺炎、急性精巣上体炎の合併			
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有: 指定訪問看護ステーション名) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有: 訪問介護事業所名)			

上記のとおり、指示いたします。

令和2年4月1日

医療機関名 ●●病院
 住 所 鹿児島市東開町 X X X X 番地
 電 話 099-XXX-XXXX
 (F A X) 099-XXX-XXXX
 医 師 氏 名 ●村 四●

事業所
 訪問看護 み●●

殿

印

精神科訪問看護指示書

指示期間 (令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日)

患者氏名	*石 京*	生年月日	昭和14年6月16日 (80 歳)
患者住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 X X 電話番号	施設名	訪問看護ステーション み●●
主たる傷病名	(1) 萎縮膀胱 (2) (3)		
現在の状況 (該項目に○等)	病状・治療状況	無菌操作でカテーテルを挿入し、経過2週間後細菌尿発症	
	投与中の薬剤の用量・用法	抗コリン剤やNSAID、オピオイドの投与	
	病名告知	あり・なし	
	治療の受け入れ	●●病院	
	複数回訪問の必要性	あり・なし	
	理由:		
	短時間訪問の必要性	あり・なし	
複数回訪問の必要性	あり・なし		
日常生活自立度	認知症の状況 (I II a II b III a III b Ⅳ M)		
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項 ショックに注意しながらキシロカインゼリー10ccを尿道から注入する。それでも挿入困難な場合はチーマンカテーテルを使う。挿入困難時に無理をして挿入を試みると合併症を引き起こすことがあるので、応急処置として恥骨上から穿刺排尿を行った上で、泌尿器科専門医にコンサルテーションする。			
緊急時の連絡先 不在時の対応法	訪問看護ステーション ●●空 器科医) への確認	099-XXX-XXXX	不在時は、主治医 (泌尿器科医)
主治医との情報交換の手段 形態電話			
特記すべき留意事項 腎盂腎炎の他、急性前立腺炎、急性精巣上体炎の合併			

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和2年4月1日

医療機関名 ●●病院
住 所 鹿児島市東開町 X X X X 番地
電 話 099-XXX-XXXX
(F A X) 099-XXX-XXXX
医 師 氏 名 ●村 四●

印

指定訪問看護ステーション
訪問看護 み●●

殿

特別訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (令和2年4月1日 ~ 令和2年4月14日)

点滴注射指示期間 (令和2年4月1日 ~ 令和2年4月14日)

患者氏名	*石 京*	生年月日	昭和14年6月16日 (80 歳)
病状・主訴： 気管切開で喉にカニューレを入れてますが。カニューレの外側に痰がたまりそれがカリカリになって服の内側に入りお腹の中におちます。たまに痰のかたまりを取りのぞいています 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由： 主治医より特別訪問看護指示書にて14日間の点滴			
留意事項及び指示事項 (注:点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。) 回復状況の確認			
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等) 中心静脈栄養の指示			
緊急時の連絡先等 携帯電話 090-XXXX-XXXX			

上記のとおり、指示いたします。

令和2年4月1日

医療機関名 南●●クリニック
電 話 099-XXX-XXXX
(F A X .) 099-XXX-XXXX
医 師 氏 名 ●村 陽●

印

事業所

訪問看護 み●●

殿

精神科特別訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (令和2年4月1日 ~ 令和2年4月14日)

点滴注射指示期間 (令和2年4月1日 ~ 令和2年4月14日)

患者氏名	*石 京*	生年月日	昭和14年6月16日 (80 歳)
<p>病状・主訴： 気管切開で喉にカニューレを入れてますが。カニューレの外側に痰がたまりそれがカリカリになって服の内側に入りお腹の中におちます。たまに痰のかたまりを取りのぞいています</p> <p>一時的に訪問看護が頻回に必要な理由： 主治医より特別訪問看護指示書にて14日間の点滴</p>			
<p>留意事項及び指示事項 (注:点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)</p> <p>(該当する項目に○をつけてください)</p> <p>複数名訪問の必要性 あり・<input checked="" type="radio"/></p> <p>理由:</p> <p>短時間訪問の必要性 あり・<input checked="" type="radio"/></p> <p>理由: ()</p> <p>特に観察を要する項目(該当する項目に○をつけてください)</p> <p>1. 服薬確認</p> <p><input checked="" type="radio"/> ② 水分及び食物摂取の状況</p> <p>3. 精神症状(観察が必要な事項:)</p> <p><input checked="" type="radio"/> ④ 身体症状(観察が必要な事項: 栄養状況)</p> <p>5. その他()</p>			
<p>点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)</p> <p>中心静脈栄養の指示</p>			
<p>緊急時の連絡先等</p> <p>携帯電話 090-XXXX-XXXX</p>			

上記のとおり、指示いたします。

令和2年4月1日

医療機関名 南●●クリニック

電 話 099-XXX-XXXX

(F A X .) 099-XXX-XXXX

医 師 氏 名 ●村 陽●

印

事業所

訪問看護 み●●

殿

課題整理総括表

利用者名 * 国 良 * 殿

作成日 令和2年4月30日

自立した日常生活の阻害要因 (心身の状態、環境等)		① 右上下肢麻痺	② 筋力低下	③
状況の事実 ※1		現在 ※2	要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4
移動	室内移動	自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
	屋外移動	自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
食事	食事内容	<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
	食事摂取	自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	利き腕麻痺 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
	調理	自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	利き腕麻痺 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
排泄	排尿・排便	<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
	排泄動作	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
口腔	口腔衛生	<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
	口腔ケア	自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
服薬		<input checked="" type="radio"/> 自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り 一部介助 全介助	改善 維持 悪化
入浴		自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
更衣		自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	<input checked="" type="radio"/> 一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
掃除		自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
洗濯		自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	<input checked="" type="radio"/> 一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
整理・物品の管理		自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
金銭管理		自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 全介助	麻痺・筋力低下 改善 <input checked="" type="radio"/> 維持 悪化
買物		自立 <input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助 <input checked="" type="radio"/> 全介助	麻痺・筋力低下 改善 維持 <input checked="" type="radio"/> 悪化
コミュニケーション能力		<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
認知		<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
社会との関わり		<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
褥瘡・皮膚の問題		<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
行動・心理症状(BPSD)		<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
介護力(家族関係含む)		<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
居住環境		<input checked="" type="radio"/> 支障なし	支障あり	改善 維持 悪化
				改善 維持 悪化

利用者及び家族の生活に対する意向	本人：今の生活を維持して穏やかに過ごせたら良い。
------------------	--------------------------

見通し ※5	生活全般の解決すべき課題 (ニーズ)【案】	※6
	筋力の維持	
	社会活動への参加	

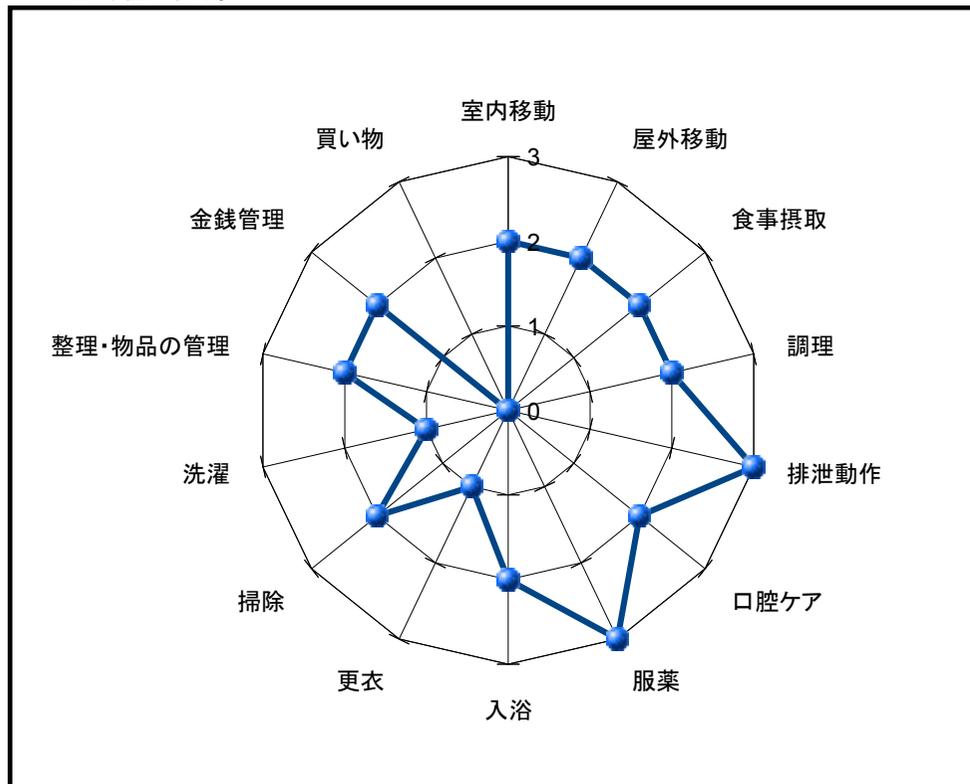
※1 本書は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
 ※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。
 ※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
 ※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
 ※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

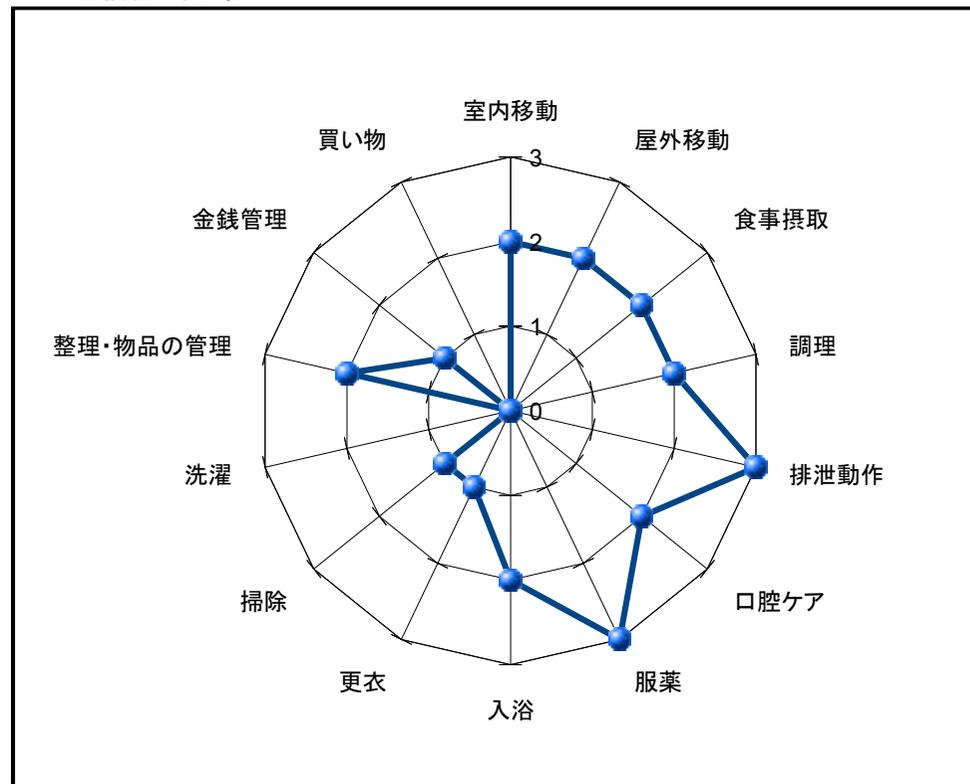
ADLチャート

氏名: *国良* 年齢: 80歳 性別: (男・**女**)

■今回 記録日:R02/4/30



■前回 記録日:R02/1/30



<合計> 26

ADL項目	値	ADL項目	値
室内移動	2	入浴	2
屋外移動	2	更衣	1
食事摂取	2	掃除	2
調理	2	洗濯	1
排泄動作	3	整理・物品の管理	2
口腔ケア	2	金銭管理	2
服薬	3	買い物	0

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

<合計> 23

ADL項目	値	ADL項目	値
室内移動	2	入浴	2
屋外移動	2	更衣	1
食事摂取	2	掃除	1
調理	2	洗濯	0
排泄動作	3	整理・物品の管理	2
口腔ケア	2	金銭管理	1
服薬	3	買い物	0

3:自立、2:見守り、1:一部介助、0:全介助

ケアプラン作成状況

担当者：*玉 あや*

印刷日：令和2年4月30日

No	利用者番号	利用者名	介護状態	認定期限	アセスメント	適用開始日	1表	2表	3表	プラン 同意日	4表	モニタリング	モニタリング	モニタリング
1		*保 日*	要支援2	R02.04.30										
2		*戸 道*	要支援1	R03.01.31		H30.08.31		○			H30.03.23			
3	1234	*石 京*	要介護4	R02.08.31	R02.01.29 Ra	R02.03.31					H29.09.26	R01.08.31	R01.05.30	H31.03.12
4	1001	*勢崎 京*	要支援2	R03.01.31		R01.10.01		○	○	R01.09.28	H26.08.05			
5		*城 良*	要支援2	R02.12.31		H29.02.01		○	○			H29.04.01		
6		*川 花*	要介護1	R02.07.31		H30.04.01	○	○	○					
7		*子 三*	要介護5	R02.04.30		H26.04.01					H25.05.18			
8		*子 りさ*	要支援2	R02.04.30										
9		*下 大*	要介護3	R02.09.30		H31.03.01	○	○	○					
10	1000	*国 良*	要介護2	R02.12.31	R02.04.27 Ca	R02.04.27	○	○	○		R02.04.30	R02.04.30	R02.04.24	H26.08.26
11		*戸 京*	要介護3	R02.12.31		H26.04.01	○	○	○					

褥瘡対策に関する看護計画書

氏名 *石 京* 殿 男 (女)

計画作成日 令和2年4月1日

生年月日 昭和14年6月16日 生

(80 歳)

記入看護師名 *玉 あや*

褥瘡の有無
 1. 現在 なし (あり) (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ()) 褥瘡発生日 令和2年4月1日
 2. 過去 (なし) あり (仙骨部、坐骨部、尾骨部、腸骨部、大転子部、踵部、その他 ())

<日常生活自立度の低い利用者>

日常生活自立度	J (1, 2)	A (1, 2)	B (1, 2)	C (1, 2)	対処
・基本的動作能力 (ベッド上 自力体位変換) (イス上 坐位姿勢の保持、除圧)			できる	できない	「あり」もしくは「できない」が1つ以上の場合、看護計画を立案し実施する
・病的骨突出			なし	あり	
・関節拘縮			なし	あり	
・栄養状態低下			なし	あり	
・皮膚湿潤 (多汗、尿失禁、便失禁)			なし	あり	
・皮膚の脆弱性 (浮腫)			なし	あり	
・皮膚の脆弱性 (スキナーテアの保有、既往)			なし	あり	

<褥瘡に関する危険因子のある利用者及びすでに褥瘡を有する利用者>

※両括弧内は点数

深さ	(0) 皮膚損傷・(1) 持続する発赤 発赤なし	(2) 真皮までの損傷	(3) 皮下組織までの損傷	(4) 皮下組織をこえる損傷	(5) 関節腔、体腔に至る損傷	(U) 深さ判定が不能の場合	合計点 56
滲出液	(0) なし	(1) 少量：毎日の交換を要しない	(3) 中等量：1日1回の交換	(6) 多量：1日2回以上の交換			
大きさ (cm ²) 長径×長径に直交する最大径 (持続する発赤の範囲も含む)	(0) 皮膚損傷なし	(3) 4未満	(6) 4以上16未満	(8) 16以上36未満	(9) 36以上64未満	(12) 64以上100未満 (15) 100以上	
炎症・感染	(0) 局所の炎症徴候なし	(1) 局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛)	(3) 局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭)	(9) 全身的影響あり (発熱など)			
肉芽形成 良性肉芽が占める割合	(0) 創閉鎖又は創が浅い為評価不可能	(1) 創面の90%以上を占める	(3) 創面の50%以上90%未満を占める	(4) 創面の10%以上50%未満を占める	(5) 創面の10%未満を占める	(6) 全く形成されていない	
壊死組織	(0) なし	(3) 柔らかい壊死組織あり	(6) 硬く厚い密着した壊死組織あり				
ポケット (cm ²) 潰瘍面も含めたポケット全周 (ポケットの長径×長径に直交する最大径) - 潰瘍面積	(0) なし	(6) 4未満	(9) 4以上16未満	(12) 16以上36未満	(24) 36以上		

※該当する状態について、両括弧内の点数を合計し、「合計点」に記載すること。なお、深さの点数は加えないこと

留意する項目	計画の内容
圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上方法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上 定期的な体位変換を実施。 エアマットの導入を実施し、圧迫部位を分散。
	イス上 ドーナツクッションを敷き、圧迫部位を分散。
スキンケア	定期的な保湿ケアを実施。
栄養状態改善	低栄養 配食サービス、訪問介護サービスを利用し、栄養改善を図る。 定期的に居宅療養管理指導を利用し、管理栄養士による状態観察を行う。
リハビリテーション	

業務帳票

■掲示板

タイトル	担当者会議		
区分	普通	作成者	* 玉 あや *
表示期限	令和3年6月2日	開催日	令和2年4月1日
内容 担当者会議 開催の案内			
宛先			
1	* 知 小 *		
2	* 玉 あや *		
3	* 阪 太 *		
4	* 井 十 *		

〒 899-5222

* 石 京 * 様

鹿児島県始良市加治木町●●町×××番地

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 石 京 * 様

発行日 令和2年5月11日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

訪問看護 み●●

管理者：* 松 吉 *

TEL：099-XXX-XXXX

請求書

請求書番号 62 居宅介護支援事業所

ケアセンター「み●●」

Table with 7 columns: 合計単位, 保険内単位, 保険外単位, 特定点数, 保険内金額, 保険外金額, 自費金額, 減免金額. Includes sub-rows for 医療保険分 and 医療負担分.

Summary table with 2 columns: 請求金額 (19,394円) and 医療費控除対象金額 (18,554円). Includes tax calculation details.

Table for (口座引落) with 2 columns: 前月までの未収額 and 合計請求額.

口座引落のため未収金額は印字されません

保険分

自費分

Main table with 8 columns: 内容, 単位, 回数, 内容, 単価, 回数, 税, 金額. Lists services like 訪看I 4, 訪問看護特別管理加算II, etc.

※備考

〒 899-5222

* 石 京 * 様

鹿児島県始良市加治木町●●町×××番地

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 石 京 * 様

発行日 令和2年5月11日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

訪問看護 み●●

管理者：* 松 吉 *

TEL：099-XXX-XXXX

領収書

請求書番号 62 居宅介護支援事業所

ケアセンター「み●●」

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
4,762	4,762					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 9,524	②	③ 840	④		
	医療保険分	医療負担分				
	30,090	⑤ 9,030				

領収金額	19,394 円
①+②+③-④+⑤	(内消費税 10%:0円 8%:0円)
医療費控除対象金額	18,554 円

(口座引落)

前月までの未収額	円
合計請求額	円

口座引落のため未収金額は印字されません

保 険 分

自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
訪看 I 4	1,122	4	おむつ代A	120	4		480
訪問看護特別管理加算 II	250	1	おむつ代A	120	3		360
訪問看護サービス提供体制加算 1	6	4					
基本療養費 I (看護師) 週 3 日まで	5,550	3					
訪問看護管理療養費	7,440	1					
訪問看護管理療養費 2 日目以降	3,000	2					

※備考

〒 899-5222

* 石 京 * 様

鹿児島県始良市加治木町●●町×××番地

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 石 京 * 様

入金日 令和2年5月11日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

訪問看護 み●●

管理者：* 松 吉 *

TEL：099-XXX-XXXX

請求書 (控)

請求書番号 62 居宅介護支援事業所

ケアセンター「み●●」

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
4,762	4,762					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 9,524	②	③ 840	④		
	医療保険分	医療負担分				
	30,090	⑤ 9,030				

請求金額	19,394 円
①+②+③-④+⑤	(内消費税 10%:0円 8%:0円)
医療費控除対象金額	18,554 円

(口座引落)

保 険 分

自 費 分

内 容	単 位	回 数	内 容	単 価	回 数	税	金 額
訪看 I 4	1,122	4	おむつ代A	120	4		480
訪問看護特別管理加算 II	250	1	おむつ代A	120	3		360
訪問看護サービス提供体制加算 1	6	4					
基本療養費 I (看護師) 週 3 日まで	5,550	3					
訪問看護管理療養費	7,440	1					
訪問看護管理療養費 2 日目以降	3,000	2					

※備考

〒 899-5222

* 石 京 * 様

鹿児島県始良市加治木町●●町×××番地

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

* 石 京 * 様

入金日 令和2年5月11日

〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町×××番地
訪問看護 み●●
管理者：* 松 吉 *
TEL：099-XXX-XXXX

領収書 (控)

請求書番号 62 居宅介護支援事業所

ケアセンター「み●●」

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
4,762	4,762					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 9,524	②	③ 840	④		
	医療保険分	医療負担分				
	30,090	⑤ 9,030				

請求金額	19,394 円	(口座引落)	
①+②+③-④+⑤	(内消費税 10%:0円 8%:0円)		
医療費控除対象金額	18,554 円		

保 険 分

自 費 分

内 容	単 位	回 数	内 容	単 価	回 数	税	金 額
訪看 I 4	1,122	4	おむつ代A	120	4		480
訪問看護特別管理加算 II	250	1	おむつ代A	120	3		360
訪問看護サービス提供体制加算 1	6	4					
基本療養費 I (看護師) 週 3 日まで	5,550	3					
訪問看護管理療養費	7,440	1					
訪問看護管理療養費 2 日目以降	3,000	2					

※備考

■様式B A4

請求書

〒 899-5222

鹿児島県始良市加治木町●●町XXX番地

利用者番号

1234

*石京*様 氏名

*石京*様

請求金額 19,394円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

発行日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 62

サービス 1 2 3 (4) 5 6 7 8 9 10
提供日 (11) 12 13 14 15 16 17 (18) 19 20
21 22 23 24 (25) 26 27 28 29 30

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

介護保険請求額 (①+②-③)	9,524
保険内金額①	9,524
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	9,030
保険分金額合計	30,090
保険分利用者負担④	9,030

その他費用合計	840
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	18,554円
---------------	---------

項目名	単位 単価	回数	税	金額
訪看I 4	1,122	4		
訪問看護特別管理加算II	250	1		
訪問看護サービス提供体制加算1	6	4		
基本療養費I(看護師)週3日まで	5,550	3		
訪問看護管理療養費	7,440	1		
訪問看護管理療養費2日目以降	3,000	2		
おむつ代A	120	4		480
おむつ代A	120	3		360

項目名	単位 単価	回数	税	金額

*・・内税(10%) 外・・外税(10%) ★・・内税(8%) 軽・・外税(8%) ※備考

前月までの未収額	
合計請求額	

口座引落のため未収金額は印字されません

領収書

〒 899-5222

鹿児島県始良市加治木町●●町XXX番地

利用者番号

1234

*石京*様 氏名

*石京*様

請求金額 19,394円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

発行日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 62

サービス 1 2 3 (4) 5 6 7 8 9 10
提供日 (11) 12 13 14 15 16 17 (18) 19 20
21 22 23 24 (25) 26 27 28 29 30

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

介護保険請求額 (①+②-③)	9,524
保険内金額①	9,524
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	9,030
保険分金額合計	30,090
保険分利用者負担④	9,030

その他費用合計	840
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	18,554円
---------------	---------

項目名	単位 単価	回数	税	金額
訪看I 4	1,122	4		
訪問看護特別管理加算II	250	1		
訪問看護サービス提供体制加算1	6	4		
基本療養費I(看護師)週3日まで	5,550	3		
訪問看護管理療養費	7,440	1		
訪問看護管理療養費2日目以降	3,000	2		
おむつ代A	120	4		480
おむつ代A	120	3		360

項目名	単位 単価	回数	税	金額

*・・内税(10%) 外・・外税(10%) ★・・内税(8%) 軽・・外税(8%) ※備考

前月までの未収額	
合計請求額	

口座引落のため未収金額は印字されません

領収印

■様式 B A4

請求書 (控)

〒 899-5222

鹿児島県始良市加治木町●●町 X X X 番地

利用者番号

1234

*石 京*様 氏 名

*石 京*様

領収金額 19,394円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

入金日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 62

Table with 2 columns: Category, Amount. Includes 介護保険請求額 (9,524), 保険内金額① (9,524), 保険外金額②, 減免金額③.

Table with 2 columns: Category, Amount. Includes 医療保険請求額 (9,030), 保険分金額合計 (30,090), 保険分利用者負担④ (9,030).

サービス提供日 1 2 3 (4) 5 6 7 8 9 10
11 12 13 14 15 16 17 (18) 19 20
21 22 23 24 (25) 26 27 28 29 30

Table with 2 columns: Category, Amount. Includes その他費用合計 (840), その他費用減免金額 (0).

Table with 2 columns: Category, Amount. Includes 医療費控除対象金額 (18,554円).

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

Main item table with columns: 項目名, 単位単価, 回数, 税, 金額. Includes 訪看 I 4, 訪問看護特別管理加算 II, etc.

Main item table with columns: 項目名, 単位単価, 回数, 税, 金額. Includes empty rows for additional items.

*・・内税(10%) 外・・外税(10%) ★・・内税(8%) 軽・・外税(8%) ※備考

領収書 (控)

〒 899-5222

鹿児島県始良市加治木町●●町 X X X 番地

利用者番号

1234

*石 京*様 氏 名

*石 京*様

領収金額 19,394円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

入金日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 62

Table with 2 columns: Category, Amount. Includes 介護保険請求額 (9,524), 保険内金額① (9,524), 保険外金額②, 減免金額③.

Table with 2 columns: Category, Amount. Includes 医療保険請求額 (9,030), 保険分金額合計 (30,090), 保険分利用者負担④ (9,030).

サービス提供日 1 2 3 (4) 5 6 7 8 9 10
11 12 13 14 15 16 17 (18) 19 20
21 22 23 24 (25) 26 27 28 29 30

Table with 2 columns: Category, Amount. Includes その他費用合計 (840), その他費用減免金額 (0).

Table with 2 columns: Category, Amount. Includes 医療費控除対象金額 (18,554円).

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

Main item table with columns: 項目名, 単位単価, 回数, 税, 金額. Includes 訪看 I 4, 訪問看護特別管理加算 II, etc.

Main item table with columns: 項目名, 単位単価, 回数, 税, 金額. Includes empty rows for additional items.

*・・内税(10%) 外・・外税(10%) ★・・内税(8%) 軽・・外税(8%) ※備考

■様式D A5

利用者番号 1234

請求書

石 京 様

令和2年4月 ご利用日

請求日 令和2年5月11日

(口座引落)

日 月 火 水 木 金 土

ご利用期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

請求書番号 62

1 2 3 ④
 5 6 7 8 9 10 ⑪
 12 13 14 15 16 17 ⑱
 19 20 21 22 23 24 ⑳
 26 27 28 29 30

請求金額	特定点数※1
19,394	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	※備考

特定点数※1欄には特別療養加算と特定治療点数の合計が表示されます。

医療費控除対象金額	減免金額
¥18,554	

サービス内訳	単位	回数
訪看 I 4	1,122	4
訪問看護特別管理加算 II	250	1
訪問看護サービス提供体制加算 1	6	4
基本療養費 I (看護師) 週3日まで	5,550	3
訪問看護管理療養費	7,440	1
訪問看護管理療養費 2日目以降	3,000	2

自費利用料内訳	単価	回数	税	金額
おむつ代A	120	4		480
おむつ代A	120	3		360

*・・内税(10%) 外・・外税(10%) ★・・内税(8%) 軽・・外税(8%)

前月までの未収額	
合計請求額	

口座引落のため未収金額は印字されません

■様式D A5

利用者番号 1234

領収書

石 京 様

令和2年4月 ご利用日

請求日 令和2年5月11日

(口座引落)

日 月 火 水 木 金 土

ご利用期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

請求書番号 62

1 2 3 ④
5 6 7 8 9 10 ⑪
12 13 14 15 16 17 ⑱
19 20 21 22 23 24 ⑳
26 27 28 29 30

領収金額	特定点数※1
19,394	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	※備考

特定点数※1欄には特別療養加算と特定治療点数の合計が表示されます。

医療費控除対象金額	減免金額
¥18,554	

サービス内訳	単位	回数
訪看 I 4	1,122	4
訪問看護特別管理加算 II	250	1
訪問看護サービス提供体制加算 1	6	4
基本療養費 I (看護師) 週3日まで	5,550	3
訪問看護管理療養費	7,440	1
訪問看護管理療養費 2日目以降	3,000	2

自費利用料内訳	単価	回数	税	金額
おむつ代A	120	4		480
おむつ代A	120	3		360

*・・内税(10%) 外・・外税(10%) ★・・内税(8%) 軽・・外税(8%)

前月までの未収額	
合計請求額	

口座引落のため未収金額は印字されません

■様式D A5

利用者番号 1234

請求書 (控)

石 京 様

令和2年4月 ご利用日

入金日 令和2年5月11日

(口座引落)

日 月 火 水 木 金 土

ご利用期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

請求書番号 62

						1	2	3	④
	5	6	7	8	9	10			⑪
	12	13	14	15	16	17			⑱
	19	20	21	22	23	24			⑳
	26	27	28	29	30				

請求金額	特定点数※1
19,394	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	※備考

特定点数※1欄には、特別療養加算と特定治療点数の合計が表示されます。

医療費控除対象金額	減免金額
¥18,554	

サービス内訳	単位	回数
訪看 I 4	1,122	4
訪問看護特別管理加算 II	250	1
訪問看護サービス提供体制加算 1	6	4
基本療養費 I (看護師) 週3日まで	5,550	3
訪問看護管理療養費	7,440	1
訪問看護管理療養費 2日目以降	3,000	2

自費利用料内訳	単価	回数	税	金額
おむつ代A	120	4		480
おむつ代A	120	3		360

*・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

■様式D A5

利用者番号 1234

領収書 (控)

石 京 様

令和2年4月 ご利用日

入金日 令和2年5月11日

(口座引落)

日 月 火 水 木 金 土

ご利用期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

請求書番号 62

1 2 3 ④
 5 6 7 8 9 10 ⑪
 12 13 14 15 16 17 ⑱
 19 20 21 22 23 24 ⑳
 26 27 28 29 30

請求金額	特定点数※1
19,394	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	※備考

特定点数※1欄には、特別療養加算と特定治療点数の合計が表示されます。

医療費控除対象金額	減免金額
¥18,554	

サービス内訳	単位	回数
訪看 I 4	1,122	4
訪問看護特別管理加算 II	250	1
訪問看護サービス提供体制加算 1	6	4
基本療養費 I (看護師) 週3日まで	5,550	3
訪問看護管理療養費	7,440	1
訪問看護管理療養費 2日目以降	3,000	2

自費利用料内訳	単価	回数	税	金額
おむつ代A	120	4		480
おむつ代A	120	3		360

*・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

■様式 E A5

領収書

利用者番号 1234

〒 899-5222

* 石 京 * 様

鹿児島県始良市加治木町●●町××番地

請求日 令和2年5月11日

* 石 京 * 様

領収印

請求金額	
19,394	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	
①の合計	
前月までの未収額	
合計請求額	

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	9,524	18,554
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	840	
		食費居住費

(口座引落)

令和2年4月のご利用日

日 月 火 水 木 金 土
 1 2 3 ④
 5 6 7 8 9 10 ⑪
 12 13 14 15 16 17 ⑱
 19 20 21 22 23 24 ⑳
 26 27 28 29 30

口座引落のため未収金額は印字されません

[請求明細]	
訪問看護[ご利用期間:1日~30日]	計: 4,762
訪問 I 4	4 × 1,122
訪問看護特別管理加算 II	1 × 250
訪問看護サービス提供体制加算 1	4 × 6
訪問看護[ご利用期間:1日~30日]	計: 30,090
基本療養費 I (看護師) 週3日まで	3 × 5,550
訪問看護管理療養費	1 × 7,440
訪問看護管理療養費 2日目以降	2 × 3,000
その他費用 訪問看護[ご利用期間:1日~30日]	計: 840
おむつ代A	4 × 120
おむつ代A	3 × 120

[請求明細]

居宅介護支援事業所
 ケアセンター「み●●」

* .. 内税(10%) 外 .. 外税(10%) ★ .. 内税(8%) 軽 .. 外税(8%)

■様式 F A5

領収書

〒 899-5222

鹿児島県始良市加治木町●●町 X X X 番地

利用者番号 1234

石 京 様

氏 名 *石 京* 様

領収金額 19,394 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

発行日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 62

介護保険請求額 (①+②-③)	9,524
保険内金額①	9,524
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	9,030
保険分金額合計	30,090
保険分利用者負担④	9,030

サービス提供日

1	2	3	④	5	6	7	8	9	10
⑪	12	13	14	15	16	17	⑮	19	20
21	22	23	24	⑳	26	27	28	29	30

その他費用合計	840
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	18,554 円
---------------	----------

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

項目名	単位 単価	回数	税	金額
訪看 I 4	1,122	4		
訪問看護特別管理加算 II	250	1		
訪問看護サービス提供体制加算 1	6	4		
基本療養費 I (看護師) 週 3 日まで	5,550	3		
訪問看護管理療養費	7,440	1		
訪問看護管理療養費 2 日目以降	3,000	2		
おむつ代 A	120	4		480
おむつ代 A	120	3		360

項目名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

前月までの未収額	
合計請求額	

口座引落のため未収金額は印字されません

■様式 F A5

請求書 (控)

〒 899-5222

鹿児島県始良市加治木町●●町 X X X 番地

利用者番号 1234

石 京 様 氏 名 *石 京* 様

請求金額 19,394 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

入金日 令和2年5月11日
 請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
 請求書番号 62

介護保険請求額 (①+②-③)	9,524
保険内金額①	9,524
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	9,030
保険分金額合計	30,090
保険分利用者負担④	9,030

サービス提供日

1	2	3	④	5	6	7	8	9	10
⑪	12	13	14	15	16	17	⑮	19	20
21	22	23	24	⑳	26	27	28	29	30

その他費用合計	840
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	18,554 円
---------------	----------

居宅介護支援事業所
 ケアセンター「み●●」

項目名	単位 単価	回数	税	金額
訪看 I 4	1,122	4		
訪問看護特別管理加算 II	250	1		
訪問看護サービス提供体制加算 1	6	4		
基本療養費 I (看護師) 週 3 日まで	5,550	3		
訪問看護管理療養費	7,440	1		
訪問看護管理療養費 2 日目以降	3,000	2		
おむつ代 A	120	4		480
おむつ代 A	120	3		360

項目名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)

■様式 F A5

領収書 (控)

〒 899-5222

鹿児島県始良市加治木町●●町 X X X 番地

利用者番号 1234

石 京 様 氏 名 *石 京* 様

請求金額 19,394 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円) (口座引落)

入金日 令和2年5月11日
請求期間 令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日
請求書番号 62

介護保険請求額 (①+②-③)	9,524
保険内金額①	9,524
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	9,030
保険分金額合計	30,090
保険分利用者負担④	9,030

サービス提供日

1	2	3	④	5	6	7	8	9	10
⑪	12	13	14	15	16	17	⑮	19	20
21	22	23	24	⑳	26	27	28	29	30

その他費用合計	840
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	18,554 円
---------------	----------

居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

項目名	単位 単価	回数	税	金額
訪問 I 4	1,122	4		
訪問看護特別管理加算 II	250	1		
訪問看護サービス提供体制加算 1	6	4		
基本療養費 I (看護師) 週 3 日まで	5,550	3		
訪問看護管理療養費	7,440	1		
訪問看護管理療養費 2 日目以降	3,000	2		
おむつ代 A	120	4		480
おむつ代 A	120	3		360

項目名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

*・・内税(10%) 外・・外税(10%) ★・・内税(8%) 軽・・外税(8%)

納入通知書
(納付書)
領収書

番号		納入者	*石 京*	様
令和2年度収入				
金額	19,394 円			
納入期限	令和2年5月27日			
納入場所	訪問看護 み●●			
訪問看護 利用料(4月分)				
発行年月日	令和2年5月10日			
上記の金額を納入してください XXXX会XXX XXXX会XXX所長 XXX XXXX				
上記の金額を領収しました				領収印

納入書

番号		納入者	*石 京*	納
令和2年度収入				
金額	19,394 円			
納入期限	令和2年5月27日			
納付金の内容 訪問看護 利用料(4月分)				
発行年月日	令和2年5月10日			
上記の金額を納入してください (株)XXX銀行XXX支店 御中				
預金口座 XXX銀行 XX支店 普通預金 No. XXX 口座名義人 XXX法人 XXXX 理事長				収納印

収入済通知書

番号		納入者	*石 京*	納
令和2年度収入				
金額	19,394 円			
納入期限	令和2年5月27日			
収入金の内容 (納付金) 訪問看護 利用料(4月分)				
発行年月日	令和2年5月10日			
上記の金額を収納しました XXXX会XXX出納員殿				
預金口座 XXX銀行 XX支店 普通預金 No. XXX				収納印

業務日誌

		施設長	事務長	主任	担当

訪問看護 み●●

令和2年4月1日(水)	天気	晴れ	作成者	*玉 あや*	
勤務者 6人 *玉 あや*(看護師)、*取 史*(看護師)、*知 小*(看護師)、*都 八*(看護師)、*阜 梅*(看護師)、*木 あざ*(看護師)					
行事 担当者会議					
訪問利用者	早朝	男性 0名	女性 0名	合計 0名	未実施 0名
	日中	男性 2名	女性 1名	合計 3名	未実施 0名
	夜間	男性 0名	女性 0名	合計 0名	未実施 0名
	深夜	男性 0名	女性 0名	合計 0名	未実施 0名
	合計	男性 2名	女性 1名	合計 3名	未実施 0名
城 良、*石 二*、*療 一*					
利用者番号	利用者氏名	訪問開始時間	訪問終了時間	訪問者氏名	
1036	*石 二*	10:00	10:59	*玉 あや*	
	城 良	09:00	09:59		
	療 一	08:00	09:00		
要注意・観察者 *石 京*(最高血圧、排便)					
利用者	申し送り内容				
石 京	17:17 服薬 本日中止				
特記事項					
看護補助(1人)、(人)、(人)					
看護補助	*京 一*				

その他				
項目		内容		
訪問看護利用者数				
	介護保険法	後期高齢者	健康保険法等	
訪問者延べ数	3	0	0	
保健師	0	0	0	
看護師	1	0	0	
准看護師	0	0	0	
理学療法士	0	0	0	
作業療法士	0	0	0	
言語聴覚士	0	0	0	
訪問延べ回数計	3	0	0	
訪問ケア項目ケア内容別男女別集計				
ケア項目	ケア内容	男	女	合計
看護・介助	一般状態の観察	0	1	1
医療的処置	褥瘡予防・処置	0	2	2
医療的処置	人口肛門・パウチ交換	0	0	0
医療的処置	瘻孔創部ガーゼ交換	0	0	0
医療的処置	胃・瘻孔バルーンカテーテル管	0	1	1
医療的処置	胃・瘻孔ガーゼ交換	0	1	1
医療的処置	マーゲンチューブ交換・管理	0	0	0
医療的処置	気管カニューレ交換・介助	0	0	0
医療的処置	カテーテル交換・管理	0	0	0
事故・報告	転倒	0	0	0
事故・報告	転落	0	0	0
事故・報告	骨折	0	0	0
事故・発生要因	目を離した	0	0	0

業務日誌（日勤）

		施設長	事務長	主任	担当

訪問看護 み●●

令和2年4月1日(水)		天 気			作成者	* 玉 あや *	
訪問利用者	早朝	男性	0名	女性	0名	合計	0名
							未実施
	日中	男性	2名	女性	1名	合計	3名
							未実施
	夜間	男性	0名	女性	0名	合計	0名
							未実施
	深夜	男性	0名	女性	0名	合計	0名
							未実施
	合計	男性	2名	女性	1名	合計	3名
							未実施

* 城 良 *、* 石 二 *、* 療 一 *

要注意・観察者

* 石 京 * (最高血圧)

利用者	申し送り内容
* 石 京 *	17:17 服薬 本日中止

特記事項

●●病院 入院

(1人)、(1人)、(1人)

	* 玉 あや *
	* 知 小 *
	* 木 あざ *

業務日誌（夜勤）

		施設長	事務長	主任	担当

訪問看護 み●●

令和2年4月1日(水)		天 気		晴れ		作成者		* 玉 あや *	
訪問利用者	早朝	男性	0名	女性	0名	合計	0名	未実施	0名
	日中	男性	2名	女性	1名	合計	3名	未実施	0名
	夜間	男性	0名	女性	0名	合計	0名	未実施	0名
	深夜	男性	0名	女性	0名	合計	0名	未実施	0名
	合計	男性	2名	女性	1名	合計	3名	未実施	0名

* 城 良 *、* 石 二 *、* 療 一 *

(1人)、(1人)、(1人)

	* 玉 あや *
	* 知 小 *
	* 木 あざ *

アクシデントレポート（事故報告書）

報告日 令和2年4月11日（木）

1 サービス事業者の概要

法人名	社会福祉法人 ●●会	報告者名	* 玉 あや* （職種 看護師）
事業所名	訪問看護 み●●	管理者名	* 阜 梅*
事業所住所	鹿児島県鹿児島市池之上町 X X X X 番地		
電話番号	099-XXX-XXXX	FAX番号	

2 利用者の状況

氏名	* 石 京*	保険者名	北区	被保険者番号	0024XXXXXX
生年月日	昭和14年6月16日（80歳）	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	要介護度	要介護4
住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 2 4				
利用者の生活状況	介護サービス 訪問看護 週1回利用				
認知症の状況	I	影響レベル	レベル1		

3 事故の概要

発生日時	令和2年4月1日（水） 10時00分		
発生場所	その他、自宅		
事故の内容	転倒、その他、頭から転倒、意識なし		
発生時の状況	椅子から立ち上がる時、転倒		
事故発生時の対応・経過			
年月日	時刻	状況と対応	反応
R2/4/1	10:00	すぐ救急車を呼ぶ、家族へ報告	意識なし、脈あり
R2/4/1	10:20	救急者へ同乗	呼びかけにも反応なし
R2/4/1	10:35	病院到着、看護師へ状況説明	
R2/4/1	11:30	安静必要の診断	意識は取り戻された
R2/4/1	11:49	家族へ報告	
発生要因・原因と思われるもの	利用者、職員、体調について、十分な把握が出来ていなかった。		

4 事故発生後の対応

利用者の現在の状況	●●病院 入院、食事は摂れる様になったが、安静にされている。		
家族への報告・説明内容	転倒時の状況とその後の診察結果及び入院先について報告		
損害賠償等の対応状況	なし		
再発防止に向けた対応策等	4月2日 担当者会議にて対応策検討 通院記録のチェック及び栄養状態について確認		
行政への連絡	連絡済み	ケース検討日	令和2年4月2日（木）
結果	対応策の徹底		

インシデントレポート

報告日 令和2年4月8日（水）

1 サービス事業者の概要

法人名	社会福祉法人 XX会	報告者名	*玉 あや* (職種 看護師)
事業所名	訪問看護 み●●	管理者名	*阜 梅*
事業所住所	鹿児島県鹿児島市池之上町XXXX番地		
電話番号	099-XXX-XXXX	FAX番号	

2 利用者の状況

氏名	*石 京*	保険者名	北区	被保険者番号	0024XXXXXX
生年月日	昭和14年6月16日 (80歳)	性別	男・(女)	要介護度	要介護4
住所	鹿児島県鹿児島市東開町XXXX番地XX				
利用者の生活状況	定期巡回 週3回利用				
認知症の状況	I	影響レベル	レベル1		

3 事故の概要

発生日時	令和2年4月7日（火） 13時30分		
発生場所	食堂		
事故の内容	転倒、打撲・捻挫・脱臼、異食・誤嚥、左手首の打撲		
発生時の状況	椅子から立ち上がる際に転倒し、手首を負傷		
事故発生時の対応・経過			
年月日	時刻	状況と対応	反応
R2/4/7	13:30	転倒による手首打撲	物が掴めない
R2/4/7	13:40	病院まで同行	
R2/4/7	13:50	看護師へ状況説明、診察	手首の腫れあり
R2/4/7	13:55	家族へ報告	
R2/4/7	13:58	事業所内の責任者へ報告	
R2/4/7	14:00	診察完了	骨に異常なし、痛みのみ
R2/4/7	14:05	家族へ報告	利用者宅で待つとの事
R2/4/7	14:10	事業所内の責任者へ報告	
R2/4/7	14:12	担当ケアマネに報告	対応策について、調整
R2/4/7	14:30	利用者宅到着	
発生要因・原因と思われるもの	利用者、職員、何かに掴まらなると立ち上がれなくなっている。利用者状態の把握ミス		

4 事故発生後の対応

利用者の現在の状況	自宅で安静にされている。痛み止め、服薬中。		
家族への報告・説明内容	事故発生時の状況と診察結果及び対策について説明		
損害賠償等の対応状況	なし		
再発防止に向けた対応策等	担当者会議で対応策検討。ケア内容変更。		
行政への連絡	なし	ケース検討日	令和2年4月8日（水）
結果	ケア内容の見直しと家族への説明を実施し、了承頂いた。		

* 石 京 * 様 訪問時の取り決め

作成日： 令和02年04月01日

作成者： * 玉 あや *

訪問時の取り決め																					
・ 訪問時、必ず家人へ声掛けし、状況確認を行う。																					
持参物品	鍵預かり (有・🌐) SAT (有・🌐) その他 ()																				
訪問時	駐車場所 (家の前に壁側に付けて駐車する。早朝・夜間の出入りは静かに行う。)																				
準備	<table border="1"> <thead> <tr> <th>必要物品</th> <th>保管場所</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・ タオル</td> <td>(家人準備)</td> </tr> <tr> <td>・ 着替え</td> <td>(家人準備)</td> </tr> <tr> <td>・ バケツ</td> <td>(脱衣室)</td> </tr> <tr> <td>・ オムツ類</td> <td>(家人準備)</td> </tr> <tr> <td>・ 石鹸 他</td> <td>(風呂場)</td> </tr> <tr> <td>・ 湯の出る場所</td> <td>(台所)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>()</td> </tr> <tr> <td></td> <td>()</td> </tr> <tr> <td></td> <td>()</td> </tr> </tbody> </table>	必要物品	保管場所	・ タオル	(家人準備)	・ 着替え	(家人準備)	・ バケツ	(脱衣室)	・ オムツ類	(家人準備)	・ 石鹸 他	(風呂場)	・ 湯の出る場所	(台所)		()		()		()
	必要物品	保管場所																			
・ タオル	(家人準備)																				
・ 着替え	(家人準備)																				
・ バケツ	(脱衣室)																				
・ オムツ類	(家人準備)																				
・ 石鹸 他	(風呂場)																				
・ 湯の出る場所	(台所)																				
	()																				
	()																				
	()																				
後始末	<ul style="list-style-type: none"> ・ ゴミの処理 () ・ 汚水の排出場所 () ・ 洗濯物 () ・ 手洗い場所 () ・ その他 () ・ 連絡ノート () 																				
室内の様子	<p>The diagram is a floor plan on a grid background. It shows a layout with the following rooms labeled in Japanese: 台所 (Kitchen) at the top left, 居室 (Living Room) at the top middle, 床の間 (Tokonoma) at the top right, 玄関 (Entrance) on the left side, 廊下 (Hallway) in the center, 居間 (Living Room) at the bottom left, 居室 (Living Room) at the bottom middle, and 風呂場 (Bathroom) at the bottom right.</p>																				

利用者確認日： 令和02年04月01日

■事業所ラベル

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町××××番地

介護老人保健施設 ●苑

御中

899-01

鹿児島県鹿児島市鴨池新町××××番地

介護老人保健施設 ●苑

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

介護老人保健施設 ●苑

御中

899-0121

鹿児島県出水市米ノ津町××××番地

ケアセンター「み●●」

御中

892-0806

鹿児島県鹿児島市池之上町××××番地

訪問看護 み●●

御中

処方箋

利用者番号: 1024

利用者	氏名	*ムタサ*			(病歴・主治医情報)
		牟田 三			
	生年月日	昭和14年8月25日	男	80歳	主治医: *村 陽*
No	処方内容				記録日: 令和2年4月1日
1	1. アムロジン錠5mg 昼食後		昼	1錠	R2/4/1~R2/4/30
					- 以下余白 -
備考					

処方箋(控え)

利用者番号: 1024

利用者	氏名	*ムタサ*			(病歴・主治医情報)
		牟田 三			
	生年月日	昭和14年8月25日	男	80歳	主治医: *村 陽*
No	処方内容				記録日: 令和2年4月1日
1	1. アムロジン錠5mg 昼食後		昼	1錠	R2/4/1~R2/4/30
					- 以下余白 -
備考					

会議名	今後のケアの内容について		司会者	*玉 あや*
			記録者	*玉 あや*
作成日	令和03年04月01日			
開催日時	令和03年04月02日 10:00 ~ 12:00			
カンファレンス出席者	*玉 あや*(看護師)、*知 小*(看護師)、*京 一*(介護支援専門員)			
利用者基本情報	氏名	*石 京* 様		
	介護度	要介護4		

【各職種からのコメント】

1	看護師	ADLが低下 → 褥瘡 仙骨・腸骨 体位変換、除圧を行っているが栄養低下あり。
2	看護師	訪問時、拘縮悪化を防ぐためリハを行う。 マッサージ、体位の工夫：踵部、人口呼吸器による圧迫部注意
3	介護支援専門員	今後の計画見直し 訪問看護 3回 訪問リハ 2回 訪問介護 2回

【特記事項】

--

【利用継続】 可 否 検討

注意事項に留意し、プランの見直しで状況を確認していく。

その他

- 利用者台帳 カスタマイズ運用例

診 療 録

ID	1000	介護保険者番号	011007
----	------	---------	--------

受 診 者	フリガナ	*ワケヨシ*	被保険者証番号	0012000000
	氏名	*国良*	有効期限	令和02年12月31日
	生年月日	昭和14年07月29日	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	住所	鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1		
	連絡先	099-XXX-XXXX	居宅介護支援事業所	

傷病名	開始	終了	転帰 期間終了予定日
脳梗塞	令和1年5月		治癒・死亡・中止 年 月 日
高血圧	令和1年10月		治癒・死亡・中止 年 月 日
			治癒・死亡・中止 年 月 日

備考	医療保険に係る保険者番号等情報
----	-----------------

既往症・原因・主要症状・経過等	処方・手術・処置等
<p>受診 R 2 . 1 . 10 X X X 病院</p> <p>既往 脳梗塞、高血圧</p> <p>原因 アテローム血栓性脳梗塞</p> <p>主訴 麻痺や感覚障害</p> <p>経過 頭部CT、および脳MRIの検査で、まず脳卒中の症状は起きていない。生活習慣の改善に努める。</p> <p>1/10 X X X 入院</p> <p>1/11 持参薬中止、抗血小板薬投与</p> <p>1/16 頸動脈内皮剥離術（CEA）実施 経過観察中</p>	<p>ラクナ梗塞やアテローム血栓症に対して抗血小板薬による薬物治療で十分に改善していないので外科治療により頸動脈内皮剥離術（CEA）という手術によってプラークを除去する。</p>

《基本情報》

フリガナ	*クニヨシ*	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	昭和14年07月29日	生 (81) 歳
本人氏名	*国 良*			
居住地	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1	TEL	099-XXX-XXXX	090-XXXX-XXXX

《緊急時情報》

緊急時の連絡先	氏名	続柄	電話番号	携帯番号	郵便番号	住所
	国 芳	長男	099-26X-XXXX	090-1XXX-2XXX	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地
	国 二	次男	099-XXXX-XXXX	090-XXXX-XXXX	891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

《保険情報》

介護保険	認定開始日	認定終了日	被保険者番号	保険者番号	要介護度等	交付年月日	認定年月日
	R02/01/01	R02/12/31	0012000000	011007	要介護 2		
医療保険	保険開始日	保険終了日	法制番号	保険者番号	記号	番号/受給者番号	本人/家族
	R02/02/01	R03/01/31	国保	9999	国保記号	1 2 3 4	本人

《自立度・現状・住環境・経済状況》

経済状況	厚生年金			
障害高齢者の日常生活自立度	A1	認知症高齢者の日常生活自立度	I	
障害等認定	種類	等級・種別等	手帳番号	障害名等

《生活状況》

今までの生活	現在のお住まいに30年程生活されており、家業の農家を手伝いながらお子様を育てられた。専業主婦兼農家での生活をされいまままで、亡くなられたご主人と結婚されるまでは、近くの会社で事務をされており実家も農家であった。県外での生活などの経験はなくずっと地元での生活であった。特に旅行されることもなかった様である。		
現在の生活状況(どんな暮らしを送っているか)	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	朝6時に起床。 菜園場で1時間ほど手入れ。 8時頃朝食。殆ど昨日の夕食の残り。 デイサービスがない日はお昼までTVを見る。 お昼は軽く食事。宅配サービスも利用。 昼食後は2時間程度お昼寝。 お嫁さんが来てくれた日はお話もするが 殆どTVを見て過ごすか、庭の手入れをして過ごす。 夕方には菜園を見にいかれる。		菜園 TV鑑賞 料理は好き 友人・地域との関係 あまり交流がない。 老人会への参加も少ない。

《現病歴・既往歴情報》

現病歴・既往歴・主治医	年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	
	2015年頃	脳梗塞	●●病院 ●本 一●	TEL 099-XXX-XXXX
	2000年頃	高血圧	南●●クリニック ●村 陽●	TEL 099-XXX-XXXX
				TEL

《処方薬》

薬剤名称	処方区分	剤形	用量	単位	時間					用法
					朝	昼	夕	寝	随	
アムロジン錠5mg	内服薬	錠剤	2	錠				○		就寝前

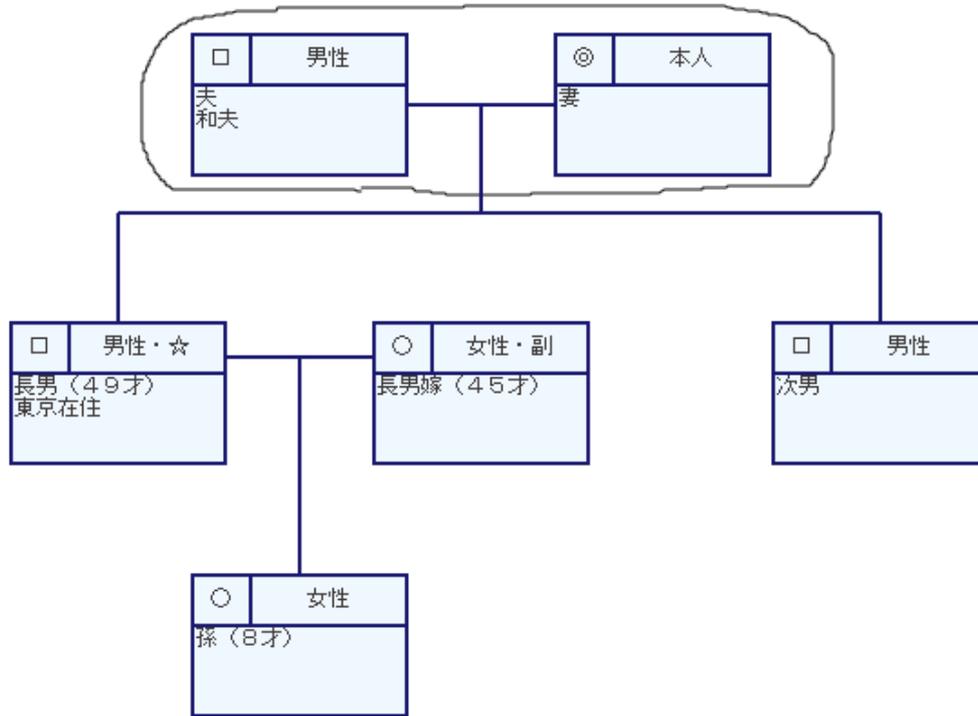
《ADL・IADL》

項目名	評価	備考
歩行	遅いが自立	
服薬管理	自立	
財産取り扱い	自立	
食事	自立	神経痛による手のしびれが緩和され概ね自立された
排泄	見守り必要	
項目名	評価	備考
調理	一部介助	
掃除・洗濯	一部介助	
買物	一部介助	
金銭管理	一部介助	
服薬管理	一部介助	
電話利用	自立	
交通手段利用	一部介助	

家族構成図

フリガナ 本人氏名	*カニ ヨシ* *国 良*	男・ 女	昭和14年07月29日生 (81)歳
--------------	------------------	-------------	----------------------

◎回=本人、○=女性、□=男性
 ●■=死亡、☆=キーパーソン
 主介護者に「主」
 副介護者に「副」
 (同居家族は○で囲む)



《家族情報》

	フリガナ 氏名	生年月日	性別	続柄	緊急 連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
家族構成	*カニ 和*		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
	**カニ ヨシ*		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
	カニ ジ		男	次男	不要	副介護者	099-XXX-XXXX	別居	公務員
家族関係等の状況	長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。								

《基本情報》

フリガナ 本人氏名	*ワケ ヨシ* *国 良*	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	昭和14年07月29日 生(81)歳
居住地	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 1	Tel	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX
	Fax	その他連絡方法	
住所地	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地 1	Tel	099-XXX-XXXX 090-XXXX-XXXX
	Fax	その他連絡方法	

《緊急時情報》

氏名	続柄	電話番号	FAX番号	郵便番号	住所	コメント
国 芳	長男	099-26X-XXXX 090-1XXX-2XXX		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	
国 ニ	次男	099-XXXX-XXXX 090-XXXX-XXXX		891-0115	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地	

《保険情報》

認定開始日	認定終了日	適用開始日	適用終了日	被保険者番号	保険者番号	要介護度等	交付年月日	認定年月日
R02/01/01	R02/12/31	R02/01/01	R02/12/31	0012000000	011007	要介護 2		
H31/01/01	R01/12/31	H31/01/01	R01/12/31	0012000000	011007	要介護 2		
H29/01/01	H29/12/31	H29/01/01	H29/12/31	0012000000	011007	要介護 2		

《自立度・現状・住環境・経済状況》

本人の状況	在宅		生活圏域	
世帯の状況		見守り状況		行政区
住居環境	一戸建て 自宅	自室有	階	建物名称
住居環境 その他				
経済状況	厚生年金			

障害高齢者の日常生活自立度	A1	認知症高齢者の日常生活自立度	I
---------------	----	----------------	---

種類	等級・種別等	手帳番号	障害名等
その他			

《利用サービス情報》

施設・事業者名	サービス名	利用開始日	利用終了日	その他
花丸配食サービス	配食サービス	R02/01/01	R02/12/31	週3回
移動支援	民間タクシー	R02/04/01	R02/12/31	家族支援が困難な場合に限る

《家族情報》

フリガナ 氏名	生年月日	性別	続柄	緊急 連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
ケニ カズ		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
国 和		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
**ケニ ヨシ*		男	次男	不要	副介護者	099-XXX-XXXX	別居	公務員
ケニ ジ		男	次男	不要	副介護者	099-XXX-XXXX	別居	公務員
国 二								
家族関係等の状況		長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。						

《生活状況》

今までの生活	現在のお住まいに30年程生活されており、家業の農家を手伝いながらお子様を育てられた。専業主婦兼農家での生活をされいまままで、亡くなられたご主人と結婚されるまでは、近くの会社で事務をされており実家も農家であった。県外での生活などの経験はなくずっと地元での生活であった。特に旅行されることもなかった様である。		
現在の生活 状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	朝6時に起床。 菜園場で1時間ほど手入れ。 8時頃朝食。殆ど昨日の夕食の残り。 ディサービスがない日はお昼までTVを見る。 お昼は軽く食事。宅配サービスも利用。 昼食後は2時間程度お昼寝。 お嫁さんが来てくれた日はお話もするが 殆どTVを見て過ごすか、庭の手入れをして過ごす。 夕方には菜園を見にいかれる。		菜園 TV鑑賞 料理は好き
	時間	本人	介護者・家族
14時～16時	会話	長男嫁	友人・地域との関係
			あまり交流がない。 老人会への参加も少ない。

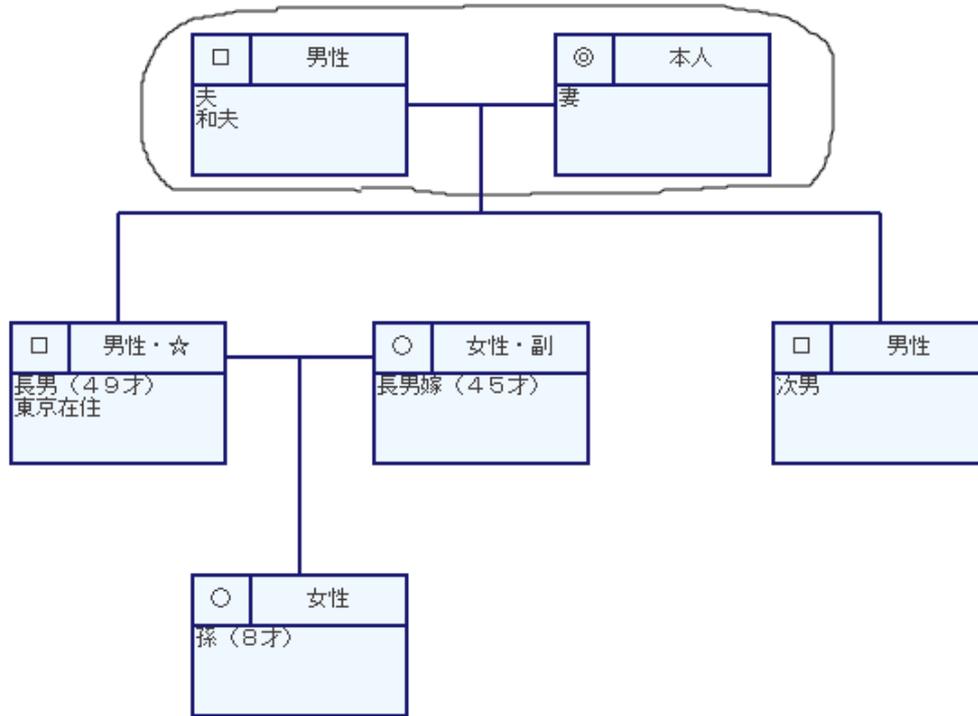
《現病歴・既往歴情報》

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に☆)	経過	治療中の場合は内容
2015年頃	脳梗塞	●●病院 ●本 一●	T e l 099-XXX-XXXX	治療中 経観中 その他
2000年頃	高血圧	南●●クリニック ●村 陽●	T e l 099-XXX-XXXX	治療中 経観中 その他
			T e l	治療中 経観中 その他
			T e l	治療中 経観中 その他
			T e l	治療中 経観中 その他

家族構成図

フリガナ 本人氏名	*カニ ヨシ* *国 良*	男・ 女	昭和14年07月29日生 (81)歳
--------------	------------------	-------------	----------------------

◎回=本人、○=女性、□=男性
 ●■=死亡、☆=キーパーソン
 主介護者に「主」
 副介護者に「副」
 (同居家族は○で囲む)



《家族情報》

フリガナ 氏名	生年月日	性別	続柄	緊急 連絡	介護者区分	電話番号	同居	職業
カニ 和		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
**カニ ヨシ*		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
カニ ジ		男	次男	不要	副介護者	099-XXX-XXXX	別居	公務員
フリガナ 氏名								
フリガナ 氏名								
フリガナ 氏名								
フリガナ 氏名								
家族関係等の状況	長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。							

フリガナ	*クニ ヨシ*		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
氏名	*国 良*			
生年月日	昭和14年07月29日	(81) 歳		
住所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地 1			
	TEL	099-XXX-XXXX	携帯	090-XXXX-XXXX

介護保険	有効期間	被保険者番号	要介護度等	認定年月日
	R02/01/01 ~ R02/12/31	0012000000	要介護 2	

緊急時の連絡先	連絡先 1	氏名	*国 芳*	続柄	長男	
		住所	〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地			
		電話	099-26X-XXXX	携帯	090-1XXX-2XXX	
		コメント				
	連絡先 2	氏名	*国 ニ*	続柄	次男	
		住所	〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地			
		電話	099-XXXX-XXXX	携帯	090-XXXX-XXXX	
		コメント				

家族構成	フリガナ 氏名	性別	続柄	電話番号	同居	職業
	クニ カズ	男	夫	099-XXX-XXXX	同居	農業
	**クニ ヨシ*	男	長男	099-XXX-XXXX	別居	会社員
	クニ ジ	男	次男	099-XXX-XXXX	別居	公務員
家族関係等の状況		長男家族はお嫁さんと娘さんが1人の3人家族でご本人の近所にお住まいです。 次男さんは独身で市内の会社に勤務されています。				

介護トータルシステム『寿』
訪問看護サービス 帳票サンプル

発行 令和 3年 7月