

介護トータルシステム『寿』

定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス



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。

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
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
処遇改善一覧表
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／摂取記号有り／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
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）

一目 次一

■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

■統計資料■

年齢別利用者数
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

■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一覧
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■

居宅サービス計画の同意書兼受領書
居宅サービス計画書（1）
居宅サービス計画書（2）

目次

週間サービス計画表
日課計画表
モニタリング評価表
モニタリングシート
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
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）
訪問者別予定一覧／利用者別予定一覧
訪問看護計画書（病院／利用者／居宅）
精神科訪問看護計画書（病院／利用者／居宅）
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
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・ ☒ 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	入所サービスの、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	

《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

その他の健康状態	《その他健康状態》	
	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	朝 昼 夕 寝 随					用法
	つむら	内服薬		1	錠	○			○	○	停止

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

《ADL・IADL》

	項目名	評 価	備 考
A D L	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	
I A D L	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》

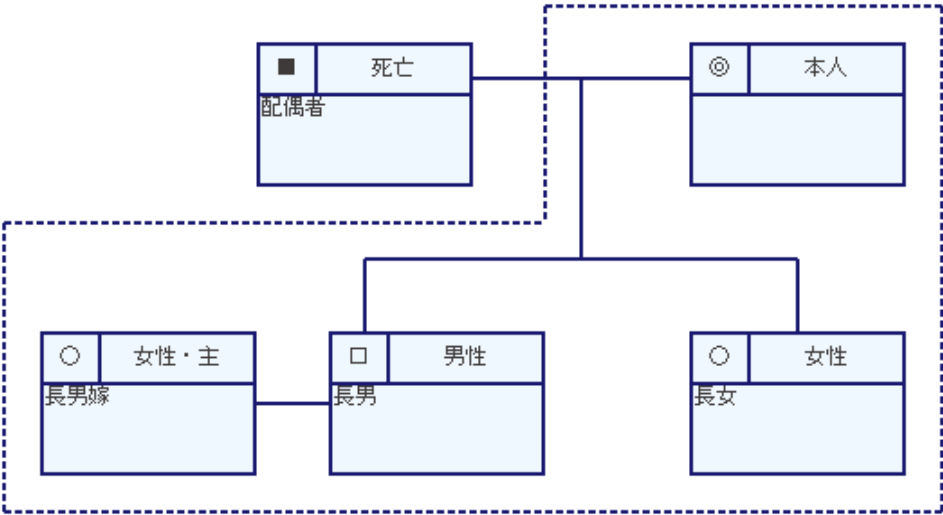
	医師名	所属機関	備考
主 治 医	*村 陽*	南●●クリニック	
		住所： 鹿児島市東開町XXXX番地	
		電話番号： 099-XXX-XXX FAX： 099-XXX-XXXX	
	田 明	●田病院	
		住所： 鹿児島市東開町XXXX番地	
		電話番号： 099-XXX-XXX FAX： 099-XXX-XXXX	

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》

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
	シ イチ *石 一*	S39/09/10	男	長男	連絡 する	副介護者	099-XXX-XXXX	同居	公務員
	シ ナホ *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	*皐 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	*皐 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	*皐 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 ユウイチ*	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	*皐 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	*皐 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	*皐 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

[illegible]

【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

定期・随時巡回 中●● 定期巡回・随時対応訪問介護看護

【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 *		介護老人福祉施設入所	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 * 様
(* 石 京 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

 * 石 二 * 様
(* 石 二 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

 * 治 一 * 様
(* 治 一 * 様分)

891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

 * 田 信 * 様
(* 田 信 * 様分)

891-0116
鹿児島県鹿児島市上福元町XXX番地

 * 下 大 * 様
(* 下 大 * 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24
	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 ☐ 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＝ 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 ・ 女	〒 891-0115
	* 石 京 *		鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地24
	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 ☐ 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 cm 体重= 51 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。

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

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: 099-XXX-XXXX Fax:

サービス提供事業所名： 定期・随時巡回 ゆ●●

利用者名： * 津 京 * 様 生年月日： 昭和14年5月5日

介護度：要介護3

計画単位： 26,000

実績単位： 36,595

[illegible]

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。

利用者名： * 津 京 *

様

定期・隨時巡回 ゆ●●

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)
定期巡回随時Ⅰ 2 3	761231		1	19,762			10.00		90					
定期巡回随時Ⅱ 3	762131		1	16,833			10.00		90					
定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2	766101		1	(500)			10.00		90					
定期巡回処遇改善加算Ⅳ	766106		1	(1,312)			10.00		90					
計画単位		26,000	合計	36,595	10,595	26,000		278,120		250,308		0	27,812	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
定巡随時訪問介護看護	26,000	36,595	1,812	27,812

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4月2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
4699999997	定期・随時巡回 ㊦●●	1	* 賀 良 *	要介護 2	4600000424	462010	20,000	10,138	1,027	11,165	0
		2	* 津 京 *	要介護 3	4600000505	462010	26,000	36,595	1,812	27,812	10,595
		3	* 道 一 *	要介護 4	4600000718	462010	20,000	21,293	1,515	21,515	1,293
		4	* 牟田 三 *	要介護 2	4600000825	462010	20,000	10,138	1,027	11,165	0
		5	* 牟田 良 *	要介護 3	4600000828	462010	11,322	16,833	1,085	12,407	5,511

未収金一覧

請求金額合計	178,555
未収金額合計	178,555
入金金額合計	0

R2/04/01～R2/04/30

R2/06/11 時点

印刷日

R2/06/11

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
2	1020	* 田 良 *	定期巡回 梓	R2/04/09	R2/04/01	R2/04/30	43,737	43,737		区分 請求書送付 * 田 良 * 電話 住所 891-0115 鹿児島市東開町 X X X 番地
	1020	* 田 良 *				計	43,737	43,737		
3		* 館 花 *	定期巡回 梓	R2/04/09	R2/04/01	R2/04/30	54,400	54,400		区分 請求書送付 * 館 花 * 電話 住所 891-0115 鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 館 花 *				計	54,400	54,400		
4		* 月 京 *	定期巡回 梓	R2/04/09	R2/04/01	R2/04/30	61,600	61,600		区分 請求書送付 * 月 京 * 電話 住所 891-0115 鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 月 京 *				計	61,600	61,600		
5		* 月 二 *	定期巡回 梓	R2/04/09	R2/04/01	R2/04/30	8,000	8,000		区分 請求書送付 * 月 二 * 電話 住所 891-0115 鹿児島市東開町 X X X 番地
		* 月 二 *				計	8,000	8,000		
6	1021	* 原 三 *	定期巡回 梓	R2/04/09	R2/04/01	R2/04/30	10,818	10,818		区分 請求書送付 * 原 三 * 電話 住所 891-0115 鹿児島市東開町 X X X 番地
	1021	* 原 三 *				計	10,818	10,818		

事業所別未収金一覧表（定期・随時巡回 ゆ●●）

印刷日 2020年6月11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
	* 津 京 *	女	¥18,191	¥0	¥0	¥0	¥0	¥2,080	¥0	¥20,271	¥0	¥20,271	¥0	¥0	¥20,271
1024	* 牟田 三 *	男	¥11,165	¥0	¥0	¥0	¥0	¥2,340	¥0	¥13,505	¥0	¥13,505	¥0	¥0	¥13,505
1045	* 牟田 良 *	女	¥18,577	¥0	¥0	¥0	¥0	¥1,300	¥0	¥77,717	¥0	¥77,717	¥0	¥0	¥77,717
	* 賀 良 *	女	¥11,165	¥0	¥0	¥0	¥0	¥3,380	¥0	¥14,545	¥0	¥14,545	¥0	¥0	¥14,545
	* 道 一 *	男	¥21,515	¥0	¥0	¥0	¥0	¥2,340	¥0	¥37,425	¥0	¥37,425	¥0	¥0	¥37,425
	全体合計		¥80,613	¥0	¥0	¥0	¥0	¥11,440	¥0	¥163,463	¥0	¥163,463	¥0	¥0	¥163,463

処遇改善一覽表

処遇改善単位合計	3,849	特定処遇改善単位合計	0
保険内単位合計	3,512	保険内単位合計	0
保険外単位合計	337	保険外単位合計	0

令和2年4月～令和2年4月

印刷日 令和2年6月11日

利用者番号	利用者名	サービス種類	請求日	提供開始日	提供終了日	処遇改善加算(単位数)			特定処遇改善加算(単位数)			事業所名
						合計	保険内	保険外	合計	保険内	保険外	
	* 津 京 *	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	858	858	0	0	0	0	定期・随時巡回 ゆ●●
	* 津 京 *				計	858	858	0	0	0	0	* 津 京 * 電話 住所 891-0115 鹿児島市東海町×××番地
1024	* 牟田 三 *	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	527	527	0	0	0	0	定期・随時巡回 ゆ●●
1024	* 牟田 三 *				計	527	527	0	0	0	0	* 牟田 三 * 電話 住所 891-0115 鹿児島市東海町×××番地
1045	* 牟田 良 *	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	858	585	273	0	0	0	定期・随時巡回 ゆ●●
1045	* 牟田 良 *				計	858	585	273	0	0	0	* 牟田 良 * 電話 住所 891-0115 鹿児島市東海町×××番地
	* 賀 良 *	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	527	527	0	0	0	0	定期・随時巡回 ゆ●●
	* 賀 良 *				計	527	527	0	0	0	0	* 賀 良 * 電話 住所 891-0115 鹿児島市東海町×××番地
	* 道 一 *	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	R2/05/11	R2/04/01	R2/04/30	1,079	1,015	64	0	0	0	定期・随時巡回 ゆ●●
	* 道 一 *				計	1,079	1,015	64	0	0	0	* 道 一 * 電話 住所 891-0115 鹿児島市東海町×××番地

実施日 R02/04/01~R02/04/30

その他費用一覧表

(定期・随時巡回 ゆ●●

)

印刷日 R02/06/11

	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) (10%分消費税額) 消費税合計額
	食事代	洗濯代								
	共益費									
	テレビ代									
* 津 京 *	2,080	0					2,080	0	2,080	0
	0	0								
R02/04/01~R02/04/30	0									
	0									
小 計										
* 牟田 三 *	2,340	0					2,340	0	2,340	0
	0	0								
R02/04/01~R02/04/30	0									
	0									
小 計										
* 牟田 良 *	1,300	0					1,300	0	1,300	0
	0	0								
R02/04/01~R02/04/30	0									
	0									
小 計										
* 賀 良 *	3,380	0					3,380	0	3,380	0
	0	0								
R02/04/01~R02/04/30	0									
	0									
小 計										
* 道 一 *	2,340	0					2,340	0	2,340	0
	0	0								
R02/04/01~R02/04/30	0									
	0									
小 計										
総合計	11,440	0					11,440	0	11,440	0
	0	0								
	0									
	0									

実施日 R02/04/01～R02/04/30

サービス費請求一覧表 (定期・随時巡回 ゆ●●

介護)

印刷日 R02/06/11

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

	定期巡回随時Ⅰ 1	通所利用減算 2	中山間地域等提供加算	初期加算	サービス提供体制加算		介護(保険)	合計金額	軽減額	請求金額
	定期巡回随時Ⅰ 2	同一建物減算	緊急時訪問看護加算	退院時共同指導加算	処遇改善加算等		介護(自費)			
	定期巡回随時Ⅱ	特別地域加算	特別管理加算	総合マネジメント体制加算	市町村独自加算					
	通所利用減算 1	小規模事業所加算	ターミナルケア加算	生活機能向上連携加算			保険内単位			
* 津 京 *	0	0	0	0	500		18,191	18,191	0	18,191
	0	0	0	0	858		0			
R02/04/01～R02/04/30	16,833	0	0	0	0					
小 計	0	0	0	0			18,191			
* 牟田 三 *	0	0	0	0	500		11,165	11,165	0	11,165
	0	0	0	0	527		0			
R02/04/01～R02/04/30	10,138	0	0	0	0					
小 計	0	0	0	0			11,165			
* 牟田 良 *	0	0	0	0	500		12,407	70,247	0	70,247
	0	0	0	0	858		57,840			
R02/04/01～R02/04/30	16,833	0	0	0	0					
小 計	0	0	0	0			12,407			
* 賀 良 *	10,138	0	0	0	500		11,165	11,165	0	11,165
	0	0	0	0	527		0			
R02/04/01～R02/04/30	0	0	0	0	0					
小 計	0	0	0	0			11,165			
* 道 一 *	0	0	0	0	500		21,515	35,085	0	35,085
	0	0	0	0	1,079		13,570			
R02/04/01～R02/04/30	21,293	0	0	0	0					
小 計	0	0	0	0			21,515			
総合計	10,138	0	0	0	2,500		74,443	145,853	0	145,853
	0	0	0	0	3,849		71,410			
	65,097	0	0	0	0					
	0	0	0	0			74,443			

レセプト一覧

令和2年5月 分

印刷日： 令和2年6月11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	ターミナルケア加算	精神重症支援	
3 後期 1 単独 0 高齢7	* 津 京 * ()	9	49,950							
		53,950							2,500	
							1,500			
	* 牟田 良 * (1045)	1	5,550							
		20,580					12,530		2,500	
	合 計	10	55,500							
		74,530					12,530		5,000	
							1,500			
	総 合 計	10	55,500							
		74,530					12,530		5,000	
							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 °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】								

		様	生年月日		(歳)		
【健康チェック】	血圧	/					
	脈拍	回/分					
	体温	°C					
【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)	
<u>令和02年4月4日(土)</u>								
			血压		125 / 95			
【健康チェック】			脈拍		72 回/分			
			体温		36.4 °C			
【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		°C			
【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)

	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	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】

サービス記録

利用者氏名 * 石 京 * 殿

印刷日：R02.06.04

[illegible]

サービス記録

利用者氏名 * 石 京 * 殿

印刷日：R02.06.04

[illegible]

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

(定期・随時巡回 ゆ●●)

印刷日 令和2年5月11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	請求区分
	食事代	洗濯代			介護 (自費)				累計入金額	金融機関名
	共益費								未収金額	発行日
	テレビ代				保険内単位	合計金額	軽減額合計	請求金額	消費税額	
* 津 京 *	2,080	0			18,191	0	0		0	請求書送付
	0	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0								20,271	R02/05/11
11	0				18,191					
小 計						20,271	0	20,271	0	
* 牟田 三 *	2,340	0			11,165	0	0		0	請求書送付
1024	0	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0								13,505	R02/05/11
12	0				11,165					
小 計						13,505	0	13,505	0	
* 牟田 良 *	1,300	0			12,407	6,170	0		0	請求書送付
1045	0	0			57,840				0	
R02/04/01～R02/04/30	0								77,717	R02/05/11
13	0				12,407					
小 計						77,717	0	77,717	0	
* 賀 良 *	3,380	0			11,165	0	0		0	請求書送付
	0	0			0				0	
R02/04/01～R02/04/30	0								14,545	R02/05/11
14	0				11,165					
小 計						14,545	0	14,545	0	
* 道 一 *	2,340	0			21,515	0	0		0	請求書送付
	0	0			13,570				0	
R02/04/01～R02/04/30	0								37,425	R02/05/11
15	0				21,515					
小 計						37,425	0	37,425	0	
総合計	11,440	0			74,443	6,170	0		0	
	0	0			71,410				0	
	0								163,463	
	0				74,443					
						163,463	0	163,463	0	

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	定期・随時巡回 枠●●
1	* 賀 良 *	14,545	14,545
2	* 津 京 *	36,461	36,461
3	* 道 一 *	37,425	37,425
4	* 牟田 三 *	13,505	13,505
5	* 牟田 良 *	77,717	77,717
合計		179,653	179,653

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2 4
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2 4
		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12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	
* 津 京 *	定期巡回随時Ⅱ 3	2:00 ～ 2:10	1	1																														
	定期巡回随時Ⅱ 3	19:00 ～ 19:29	9		1				1			1				1			1				1			1				1			1	
* 牟田 三 *	定期巡回随時Ⅱ 2	2:00 ～ 2:20	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	定期巡回随時Ⅱ 2	5:00 ～ 5:10	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	定期巡回随時Ⅱ 2	8:00 ～ 8:10	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	定期巡回随時Ⅱ 2	11:00 ～ 11:10	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	定期巡回随時Ⅱ 2	14:00 ～ 14:10	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
* 牟田 良 *	定期巡回随時Ⅱ 3	2:00 ～ 2:10	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	定期巡回随時Ⅱ 3	5:00 ～ 5:10	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	定期巡回随時Ⅱ 3	9:00 ～ 9:30	21	1		1	1	1	1		1		1	1	1	1		1		1	1	1	1		1		1	1	1	1		1		
	定期巡回随時Ⅱ 3	15:00 ～ 16:00	21	1		1	1	1	1		1		1	1	1	1		1		1	1	1	1		1		1	1	1	1		1		
	定期巡回随時Ⅱ 3	19:00 ～ 19:15	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
* 賀 良 *	定期巡回随時Ⅰ 1 2	19:00 ～ 19:29	9	1					1		1					1		1					1		1					1		1		
* 道 一 *	定期巡回随時Ⅱ 4	0:00 ～ 0:10	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	定期巡回随時Ⅱ 4	3:00 ～ 3:10	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	定期巡回随時Ⅱ 4	6:00 ～ 6:10	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	定期巡回随時Ⅱ 4	9:30 ～ 10:00	21		1		1	1	1	1		1		1	1	1	1		1		1	1	1	1		1		1	1	1	1		1	
	定期巡回随時Ⅱ 4	17:00 ～ 18:00	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	定期巡回随時Ⅱ 4	21:00 ～ 21:10	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	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12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 *	定期巡回随時Ⅱ 3	2:00 ～ 2:10	1	1																														
* 知 小 *	定期巡回随時Ⅱ 2	2:00 ～ 2:20	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	定期巡回随時Ⅱ 2	5:00 ～ 5:10	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	定期巡回随時Ⅱ 2	8:00 ～ 8:10	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	定期巡回随時Ⅱ 2	11:00 ～ 11:10	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	定期巡回随時Ⅱ 2	14:00 ～ 14:10	30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	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06月12日

印刷日：令和02年06月12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		*道 一*	R02/04/01～R02/04/30	15	R02/05/14	37,425	35,085	2,340	0	30,000	7,425	窓口入金
				小計		-	-	-	-	30,000	7,425	
2		*津 京*	R02/04/01～R02/04/30	11	R02/06/12	20,271	18,191	2,080	0	20,271	0	窓口入金
3	1024	*牟田 三*	R02/04/01～R02/04/30	12	R02/06/12	13,505	11,165	2,340	0	13,505	0	窓口入金
4	1045	*牟田 良*	R02/04/01～R02/04/30	13	R02/06/12	77,717	76,417	1,300	0	77,717	0	口座振替
5		*賀 良*	R02/04/01～R02/04/30	14	R02/06/12	14,545	11,165	3,380	0	14,545	0	振り込み
				小計		-	-	-	-	126,038	0	
					合計	-	-	-	-	156,038	7,425	

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06月12日

印刷日： 令和02年06月12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		*津 京*	R02/04/01～R02/04/30	11	R02/06/12	20,271	18,191	2,080	0	20,271	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	20,271	0	
2	1024	*牟田 三*	R02/04/01～R02/04/30	12	R02/06/12	13,505	11,165	2,340	0	13,505	0	窓口入金
				小計		-	-	-	-	13,505	0	
3	1045	*牟田 良*	R02/04/01～R02/04/30	13	R02/06/12	77,717	76,417	1,300	0	77,717	0	口座振替
				小計		-	-	-	-	77,717	0	
4		*賀 良*	R02/04/01～R02/04/30	14	R02/06/12	14,545	11,165	3,380	0	14,545	0	振り込み
				小計		-	-	-	-	14,545	0	
5		*道 一*	R02/04/01～R02/04/30	15	R02/05/14	37,425	35,085	2,340	0	30,000	7,425	窓口入金
				小計		-	-	-	-	30,000	7,425	
					合計	-	-	-	-	156,038	7,425	

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

施設長	事務長	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
11:00								, 処方薬代行, 与薬
								[医療的処置]
12:00					9 ○ 10 ◎			褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーン
								カテーテル管
13:00								[リハビリ・その他]
								医師へ連絡, ケアマネージャーへ連
14:00								絡, ヘルパーへ連絡, 家族へ連絡
								16:00 【ケア実施記録】
15:00								[看護・介助]
								全身清拭, 受診同行, 内服確認, 与薬
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					[医療的処置]
								褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーン
17:00								カテーテル管
								[リハビリ・その他]
18:00								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
19:00								水分摂取量合計
								500ml
20:00								支援経過記録
								10:00~10:59 * 玉 あや *
21:00								【実施項目】
								[医療的処置]
22:00								褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔ガーゼ交
								換
23:00								【特記事項】
								褥瘡予防対策の実施

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
[看護・介助]	族へ連絡
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]	【実施項目】
褥瘡予防・処置, 胃・瘻孔バルーンカテーテル管	[看護・介助]

[illegible]

ケア実施状況表（ 医療的処置 ）

対象期間 R2/4/1～R2/4/30

定期・随時巡回 ゆ●●

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 *														胃																	
3	*石 京*	胃			褥胃																											
4	*石 二*																															
5	*治 一*																															
6	*治 花*							気																								
7	*城 良*																															
8	*田 信*			マ																												
9	*阪 幸*																															
10	*阪 紀*																															
11	*野 三*																															
12	*田 雄一*							胃																								
13	*路 三*																															
14	*路 通*																											胃				
15	*路 良*																															
16	*路 りさ*																															
17	*保 小*													胃																		
18	*安 花*																															
19	*立 幸*																															
20	*療 一*																															
21	*療 小*																															
22	*場 古*																					胃										

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 介:介護・看護指導 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

印刷日 R2/6/12

その他費用名: おむつ代A

[illegible]

印刷日 R2/6/12

その他費用名: おむつ代B

[illegible]

月別医療費控除一覧

* 津 京 * 様 住所 鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

医療費控除対象金額 107,145 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	18,191 円	18,191 円
令和2年2月	18,191 円	18,191 円
令和2年3月	18,191 円	18,191 円
令和2年4月	36,461 円	34,381 円
令和2年5月	20,531 円	18,191 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	111,565 円	107,145 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12日

利用者氏名： * 牟田 三 *

測定日： 令和3年4月1日

生年月日： 昭和14年8月25日 男 81 歳

測定者： * 玉 あや *

要介護度：

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 0 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	15
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	5
8 更衣	10 5 0	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	＊石 京＊			生年月日	昭和14年06月16日（ 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		
看護師等氏名	＊玉 あや＊			訪問職種	看護師	
初回訪問年月日	令和2年01月17日（金）			14:00 ～ 15:30		
主たる傷病名	慢性閉塞性肺疾患 気管支喘息 高血圧症					
現 病 歴	60歳過ぎてから咳が出るようになり、癌かと思いMIC病院受診。気管支喘息と言われ、禁煙せずにいたら症状が悪化。XX先生にHOT勧められ、楽になった。					
既 往 歴	30年前胆石					
療 養 状 況	H24. 12/15～12/24、12/30～H25. 1. 6COPD増悪にてMIC病院入院。H26. 1/7～訪問診療開始。1/11夜より血痰出現し1/12MIC病院救急外来受診。炎症によるものと診断受け帰宅。現在発熱なし、呼吸苦変わらず食事、水分は摂れている。残薬多く服薬管理が出来ていない。					
介 護 状 況	独居であるが、娘2人は近隣在住。隣市在住の息子は1回/週は来ている。					
生 活 歴	専業主婦、内職はしていた。5年前マンションを建て、家賃収入あり。					
	氏 名	年齢	続柄	職 業	特記すべき事項	
家族構成	●石 太●	55	長男	公務員		
	●石 花●	54	長男嫁	会社員		
主 な 介 護 者		独居。				
住 環 境		自営のマンション1Fに住んでいる。居室広く、バリアフリー。				

訪問看護の 依頼目的	自分で出来ることをしながら、一人で生活したい。								
要介護認定の状況									
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	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	認知症の状況	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M	
主 治 医 等	氏 名 ●本 一●								
	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								
	緊急時の連絡先 099-XXX-XXXX								
家族等の緊急時の連絡先 ●石 太● 長男 099-XXX-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								
	緊急時の連絡先 080-XXXX-XXXX								
関 係 機 関	連絡先			担当者			備考		
	●●病院			●本 一●			主治医		
保健・福祉サービス等の利用状況 訪問看護利用；2回/週 火・金									

精神科訪問看護記録書 I

No. 1

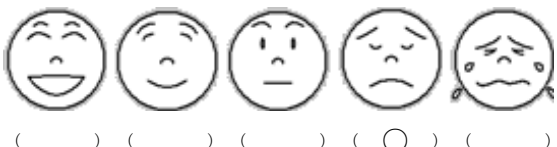
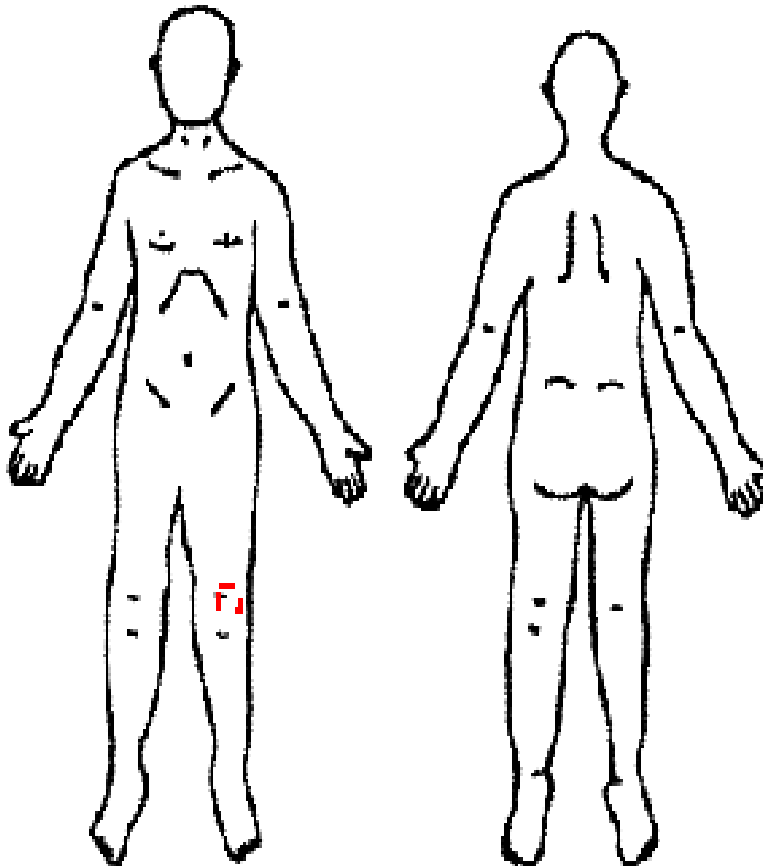
利用者氏名	*石 京*			生年月日	昭和14年06月16日 (80 歳)	
住 所	鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地2 4			電話番号		
看護師等氏名	*玉 あや*			訪問職種	看護師	
初回訪問年月日	令和02年01月17日(金)			14:00	～	15:30
主たる傷病名	糖尿病 右ひざ麻痺					
病 識	麻痺があたかもないように振るまったり、麻痺の存在に関心を示さない					
現 往 歴	自宅					
療 養 状 況	H24. 12/15～12/24、12/30～H25. 1. 6COPD増悪にてMIC病院入院。H26. 1/7～訪問診療開始。1/11夜より血痰出現し1/12MIC病院救急外来受診。炎症によるものと診断受け帰宅。現在発熱なし、呼吸苦変わらず食事、水分は摂れている。残薬多く服薬管理が出来ていない。					
介 護 状 況	独居であるが、娘2人は近隣在住。隣市在住の息子は1回/週は来ている。					
生 活 歴	専業主婦、内職はしていた。5年前マンションを建て、家賃収入あり。					
家族構成	氏 名	年齢	続柄	職 業	特記すべき事項	
	●石 太● ●石 花●	55 54	長男 長男嫁	公務員 会社員		
主な介護者又は キーパーソン		長男嫁				
住 環 境		自営のマンション1Fに住んでいる。居室広く、バリアフリー。				

訪問看護の 依頼目的		糖尿病のコントロール		
要介護認定の状況		要介護 3		
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
その他の：				
主治医等		氏 名 ●本 一●		
		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		
		緊急時の連絡先 099-XXX-XXXX		
家族等の緊急時の連絡先 ●石 太● 長男 099-XXX-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		
		緊急時の連絡先 080-XXXX-XXXX		
関係機関	連絡先		担当者	備考
	●●病院		●本 一●	主治医
保健・福祉サービス等の利用状況 訪問看護利用；2回/週 火・金				

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、どこがつらいですか?」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		
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			
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。			
服薬等の状況 毎日、昼食後			
作業、対人関係について 家族内のみ			
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			
備 考 GAF 72点 （※月の初日の指定訪問看護時に記載）			
次回の訪問予定日	令和2年04月10日(金) 13:00 ~ 14:00		

温度板

定期・随時巡回 中●●●

利用者番号 1234

氏名 *石 京*

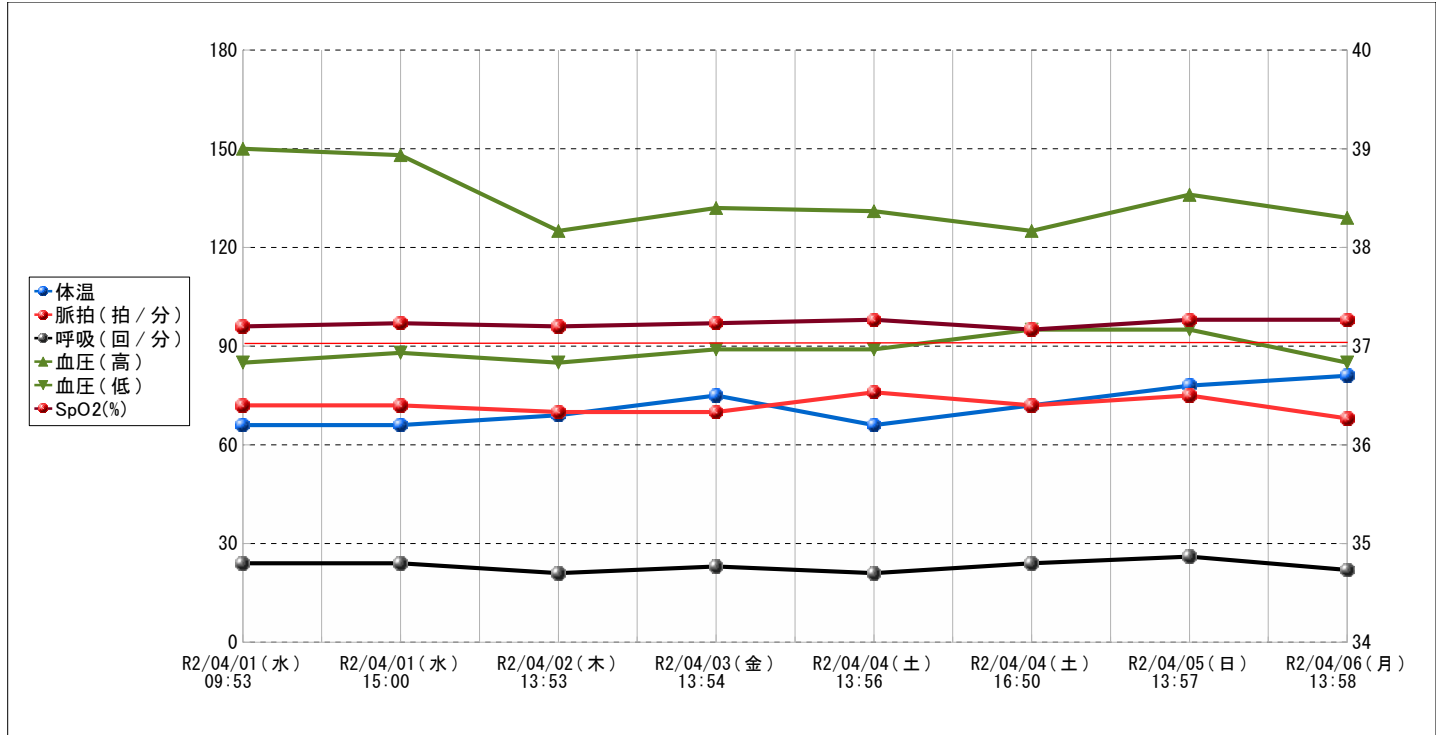
性別 女

生年月日

昭和14年6月16日

年齢

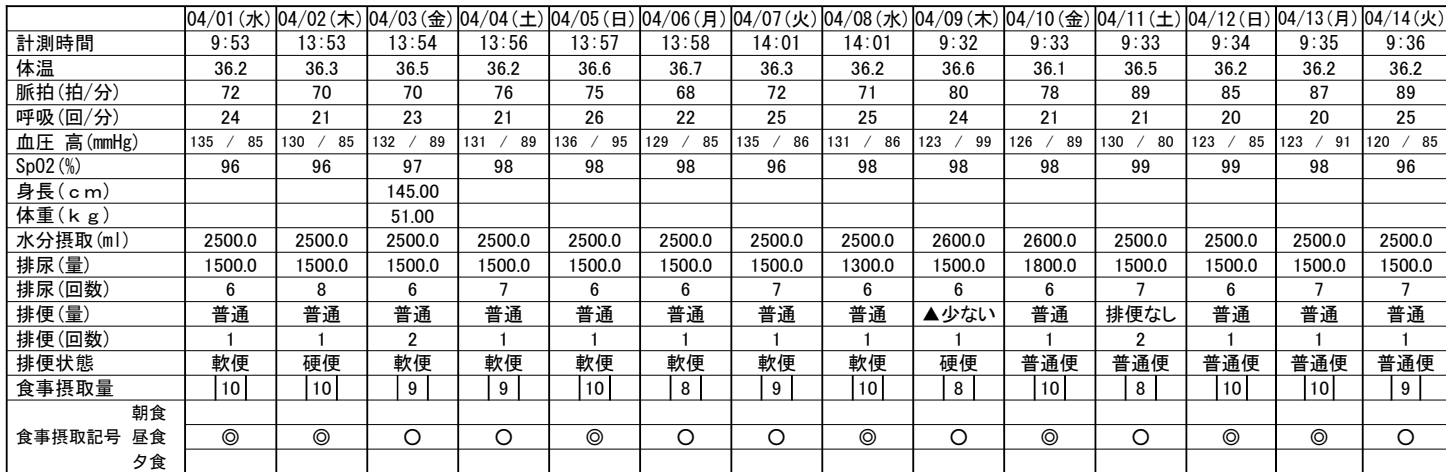
80 歳



	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							

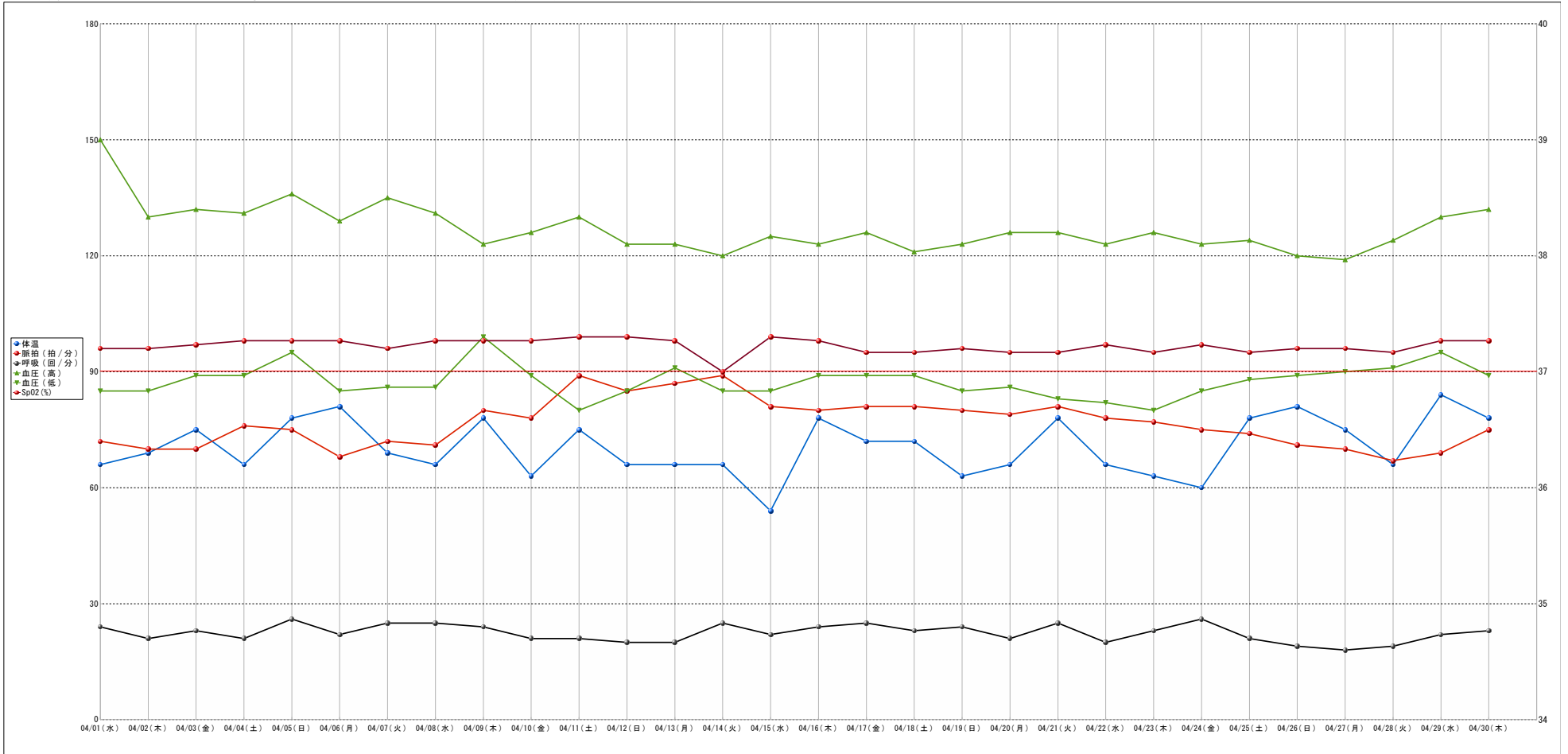
定期・隨時巡回 ゆ●●

年齡 80 歲



定期・隨時巡回 ㊦●●

定期・隨時巡回 ㊦●●



	04/01(木)	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	
血圧(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	97	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
排尿(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	
排便(量)	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	普通	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	
排便状態	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	軟便	軟便	軟便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	硬便	軟便	軟便	軟便
食事摂取量	110	110	110	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	
食事摂取記号	睡眠																														
	昼食	◎	◎	◎	○	◎	◎	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	◎	◎	○	◎	◎	◎	

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X X X X 番地

定期・随時巡回 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	
日常生活活動 (A D L) の状況 (該当する事項に○)	
移動	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
着替	<u>自</u> 立・一部介助・全面介助
食事	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
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 A D L 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	定期巡回
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

定期・随時巡回

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A D L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	定期・随時巡回
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

定期・随時巡回 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)	
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)

定期・随時巡回 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・女) 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	鹿児島市東開町XXXX番地
住 所	
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 4 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X X X番地2 4		
訪 問 日	令和2年4月 1 2 3 ④ 5 6 7 8 9 10 ⑪ 12 13 14 15 16 17 ⑮ 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 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 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 ・ 無 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 定期・随時巡回 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 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 31 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 ㉟ 31 訪問日を○で囲むこと。理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問看護を実施した日は◇、特別訪問看護指示書に基づく訪問看護を実施した日は△で囲むこと。緊急時訪問を行った日は×印とすること。なお、右表は訪問日が2月にわたる場合に使用すること。		
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 ・ ㊄ 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 定期・随時巡回 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	ふりがな *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		
訪 問 日	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 ⑳ 22 23 24 ㉔ 26 27 ㉖ 29 30 31 令和2年6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 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。		
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 ・ ㊄ 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) (※月の初日の指定訪問看護時の値を記載)	

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 定期・随時巡回 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：定期巡回・随時対応訪問介護看護

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							7(1)			7(1)
	計							19(2)		9(1)	28(3)
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)			7(1)
	計				18(1)	10(1)		19(2)		14(2)	61(6)

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。

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）

特養	0人 (0.0)%
----	--------------

⇒

療養型	0人 (0.0)%
-----	--------------

⇒

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

⇒

協力医療機関	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%

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%

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%

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%

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ー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ー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	2 人	延利用者数	471 人
		訳	女 性	3 人		
				実施日数	30 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	0人	0人	0人	0人	2人	0人	0人	0人	0人	2人
女 性	0人	0人	0人	0人	0人	3人	0人	0人	0人	0人	3人
計	0人	0人	0人	0人	0人	5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	0人	0人	0人	2人	2人
女 性	0人	2人	0人	1人	3人
計	0人	2人	0人	3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	0人	0人	0人	0人	0人	2人	0人	2人
女 性	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	3人	0人	3人
計	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	0人	5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	0人	0人
要支援1	0人	0人	0人	ランク I	1人	0人	1人
要支援2	0人	0人	0人	〃 II a	0人	0人	0人
要介護1	0人	0人	0人	〃 II b	0人	0人	0人
要介護2	1人	1人	2人	〃 III a	0人	0人	0人
要介護3	0人	2人	2人	〃 III b	0人	0人	0人
要介護4	1人	0人	1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	1人	3人	4人
計	2人	3人	5人	計	2人	3人	5人

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
----	---	---	---	---	---	----

保 險 者

(別記) 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号	4	6	9	9	9	9	9	9	5	4
請求事業所	名称		定期・随時巡回 ゆ●●							
	所在地		〒 8 9 1 - 0 1 1 5 鹿児島市 X X X 町 X X X 番地							
	連絡先		099-XXX-XXXX							

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	5	84,064	840,640	756,576		84,064					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	5	84,064	840,640	756,576		84,064					

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
----	---	---	---	---	---	----

保 険 者 (462010)

鹿児島市 殿

下記のとおり請求します。 令和 2 年 5 月 10 日

事業所番号		4	6	9	9	9	9	9	9	5	4
請求 事業所	名称	定期・随時巡回　ゆ●●									
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5									
		鹿児島市X X X町X X X番地									
	連絡先	099-XXX-XXXX									

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	5	84,064	840,640	756,576		84,064					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	5	84,064	840,640	756,576		84,064					

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

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	5	4
請求事業所	名称	定期・随時巡回 ゆ●●								
	所在地	〒 8 9 1 - 0 1 1 5								
		鹿児島市X X X町X X X番地								
	連絡先	099-XXX-XXXX								

保 険 者 (462010)

鹿児島市 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	5	84,064	840,640	756,576		84,064					
居宅介護支援・ 介護予防支援											
合計	5	84,064	840,640	756,576		84,064					

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								

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))

公費負担者番号										令和02年04月分													
公費受給者番号										保険者番号462010													
被保険者	被保険者番号	460000825										請求事業者	事業所番号	469999954									
	(フリガナ)	*ムタサ*											事業所名称	定期・随時巡回 ゆ●●									
	氏名	*牟田 三*											所在地	〒891-0115 鹿児島市XXX町XXX番地									
	生年月日	1. 明治 2. 大正 ③. 昭和 性別 ①. 男 2. 女 14年08月25日																					
	要介護状態区分	要介護1・②・3・4・5																					
認定有効期間	平成31年01月01日から										連絡先	電話番号 099-XXX-XXXX											
	令和02年12月31日まで																						
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																					
		事業所番号		469999997							事業所名称		ケアセンター ●●●										
開始年月日		年 月 日 中止年月日 年 月 日																					
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																					
給付費明細欄	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				
	定期巡回随時Ⅱ2		762121						1	10138													
	定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ2		766101						1	500													
	定期巡回処遇改善加算Ⅳ		766106						1	527													
給付費明細欄 (住所等地特例対象者)	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		
請求額集計欄	①サービス種類コード/②名称		76 定巡回随時訪問介護看護																				
	③サービス実日数		30 日						日				日				日						
	④計画単位数		20000																				
	⑤限度額管理対象単位数		10138																				
	⑥限度額管理対象外単位数		1027														給付率 (/100)						
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥		11165														保険 90						
	⑧公費分単位数																公費						
	⑨単位数単価		1000 円/単位				▲		円/単位				▲		円/単位				合計				
	⑩保険請求額		100485				▲						▲		100485								
	⑪利用者負担額		11165														11165						
	⑫公費請求額																						
	⑬公費分本人負担																						
	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			
																		枚中		枚目			

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))

公費負担者番号										令和02年04月分																					
公費受給者番号										保険者番号462010																					
被保険者	被保険者番号	460000825										請求事業者	事業所番号	469999954																	
	(フリガナ)	*ムタサ*											事業所名称	定期・随時巡回 ゆ●●																	
	氏名	*牟田 三*											所在地	〒891-0115 鹿児島市XXX町XXX番地																	
	生年月日	1.明治 2.大正 ③.昭和 性別 ①.男 2.女 14年08月25日																													
	要介護状態区分	要介護1・②・3・4・5																													
認定有効期間	平成	3	1	年	0	1	月	0	1	日	から	連絡先	電話番号 099-XXX-XXXX																		
	令和	0	2	年	1	2	月	3	1	日	まで																				
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																													
		事業所番号	469999997										事業所名称	ケアセンター ●●●																	
開始年月日		年 月 日 中止年月日 年 月 日																													
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																													
給付費明細欄	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																
	定期巡回随時Ⅱ2	7	6	2	1	2	1		1	1	0	1	3	8																	
	定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ2	7	6	6	1	0	1		1			5	0	0																	
	定期巡回処遇改善加算Ⅳ	7	6	6	1	0	6		1			5	2	7																	
給付費明細欄 (住所等特例対象者)	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															
請求額集計欄	①サービス種類コード/②名称	7	6	定巡回随時訪問介護看護																											
	③サービス実日数	3	0	日										日																	
	④計画単位数																														
	⑤限度額管理対象単位数	1	0	1	3	8																									
	⑥限度額管理対象外単位数		1	0	2	7											給付率 (/100)														
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥	1	1	1	6	5											保険														
	⑧公費分単位数																					公費									
	⑨単位数単価	1	0	0	0	円/単位			円/単位			円/単位			円/単位	合計															
	⑩保険請求額																														
	⑪利用者負担額	1	1	1	6	5											11165														
	⑫公費請求額																														
	⑬公費分本人負担																														
	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			
																				枚中					枚目						

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： R02/05/10

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
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	要介護 2	761121	定期巡回随時Ⅰ 1 2	10138	1	10,138	101,380	1
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	要介護 2	762121	定期巡回随時Ⅱ 2	10138	1	10,138	101,380	1
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	要介護 2	766101	定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2		2	1,000	10,000	2
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	要介護 2	766106	定期巡回処遇改善加算Ⅳ		2	1,054	10,540	2
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	要介護 3	762131	定期巡回随時Ⅱ 3	16833	2	33,666	336,660	2
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	要介護 3	766101	定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2		2	1,000	10,000	2
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	要介護 3	766106	定期巡回処遇改善加算Ⅳ		2	1,443	14,430	2
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	要介護 4	762141	定期巡回随時Ⅱ 4	21293	1	21,293	212,930	1
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	要介護 4	766101	定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2		1	500	5,000	1
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	要介護 4	766106	定期巡回処遇改善加算Ⅳ		1	1,015	10,150	1
小計		76****	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	-	-	81,247	812,470	15
合計		-	-	-	-	81,247	812,470	15

サービスコード別請求額一覧

提供年月： R02/04 ～ R02/04

作成日： R02/05/10

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
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	761121	定期巡回随時Ⅰ 1 2	10138	1	10,138	101,380	1
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	761231	定期巡回随時Ⅰ 2 3	19762	1	19,762	197,620	1
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	762121	定期巡回随時Ⅱ 2	10138	1	10,138	101,380	1
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	762131	定期巡回随時Ⅱ 3	16833	2	33,666	336,660	2
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	762141	定期巡回随時Ⅱ 4	21293	1	21,293	212,930	1
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	766101	定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2		5	2,500	25,000	5
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	766106	定期巡回処遇改善加算Ⅳ		5	3,966	39,660	5
小計	76****	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	—	—	101,463	1,014,630	16
合計	—	—	—	—	101,463	1,014,630	16

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	76****	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	—	—	101,463	1,014,630	—
総合計	—	—	—	—	101,463	1,014,630	—

稼動額集計表

提供年月：令和2年4月 (全請求分) 定期・随時巡回 ゆ●● 印刷日：R2/5/12

要介護2				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		
4600000424	* 賀 良 *	R2/4	76	100,485	0	0	0	0	0	11,165	0	3,380	0	115,030	
4600000825	* 牟田 三 *	R2/4	76	100,485	0	0	0	0	0	11,165	0	2,340	0	113,990	
	合計	(件数計)	2	200,970	0	0	0	0	0	22,330	0	5,720	0	229,020	

要介護3				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		
4600000505	* 津 京 *	R2/4	76	250,308	0	0	0	0	0	18,191	0	2,080	0	270,579	
4600000828	* 牟田 良 *	R2/4	76	111,663	0	0	0	0	0	12,407	57,840	1,300	0	183,210	
	合計	(件数計)	2	361,971	0	0	0	0	0	30,598	57,840	3,380	0	453,789	

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		
4600000718	* 道 一 *	R2/4	76	193,635	0	0	0	0	0	21,515	13,570	2,340	0	231,060	
	合計	(件数計)	1	193,635	0	0	0	0	0	21,515	13,570	2,340	0	231,060	

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	5	756,576	0	0	0	0	0	74,443	71,410	11,440	0	913,869	
	総 合 計		5	756,576	0	0	0	0	0	74,443	71,410	11,440	0	913,869	

介護給付費請求額一覧

請求年月：令和02年05月

定期・随時巡回 ゆ●●

印刷日：R02/06/15

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
76	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	5	74,443	669,987	0	74,443	0	0	0	0	0
事業所計		5	74,443	669,987	0	74,443	0	0	0	0	0
全体計		5	74,443	669,987	0	74,443	0	0	0	0	0

保険者別請求額一覧

請求年月 R02/05

指定サービス種類コード : 76

区分	件数	日数	費用額	保険負担額	公費負担額	本人負担額
462010	鹿児島市					
居宅系	5	108	744,430	669,987	0	74,443
計	5	108	744,430	669,987	0	74,443
合計						
居宅系	5	108	744,430	669,987	0	74,443
計	5	108	744,430	669,987	0	74,443

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： 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

印刷日： R02/06/15

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	定期巡回随時Ⅰ 定期巡回随時Ⅱ 定期巡回随時Ⅱ 通所利用減算Ⅰ	通所利用減算Ⅱ 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	初期加算 退院時共同指導加算 総合マネジメント体制加算 生活機能向上連携加算	サービス提供体制加算 処遇改善加算等 市町村独自加算 【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2										
* 牟田 三 *	0	0	0	0	500	保険	100,485	11,165	0	0
1024	0	0	0	0	527	食費	0	0	0	0
4600000825	10,138	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	11,165	特定治療・療養	0	0	0	0
* 賀 良 *	10,138	0	0	0	500	保険	100,485	11,165	0	0
	0	0	0	0	527	食費	0	0	0	0
4600000424	0	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	11,165	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護2 小計	10,138	0	0	0	1,000	保険	200,970	22,330	0	0
	0	0	0	0	1,054	食費	0	0	0	0
(2人)	10,138	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	22,330	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護3										
* 津 京 *	0	0	0	0	500	保険	163,719	18,191	0	0
	0	0	0	0	858	食費	0	0	0	0
4600000505	16,833	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	18,191	特定治療・療養	0	0	0	0
* 牟田 良 *	0	0	0	0	500	保険	111,663	12,407	0	0
1045	0	0	0	0	585	食費	0	0	0	0
4600000828	16,833	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	12,407	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護3 小計	0	0	0	0	1,000	保険	275,382	30,598	0	0
	0	0	0	0	1,443	食費	0	0	0	0
(2人)	33,666	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	30,598	特定治療・療養	0	0	0	0
要介護4										
* 道 一 *	0	0	0	0	500	保険	193,635	21,515	0	0
	0	0	0	0	1,015	食費	0	0	0	0
4600000718	21,293	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	21,515	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： 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

印刷日： R02/06/15

氏名 利用者番号 被保険者番号 低所得者区分	定期巡回随時Ⅰ 1 定期巡回随時Ⅰ 2 定期巡回随時Ⅱ 通所利用減算 1	通所利用減算 2 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	初期加算 退院時共同指導加算 総合マネジメント体制加算 生活機能向上連携加算	サービス提供体制加算 処遇改善加算等 市町村独自加算 【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 4 小計 (1 人)	0	0	0	0	500	保険	193,635	21,515	0	0
	0	0	0	0	1,015	食費	0	0	0	0
	21,293	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	21,515	特定治療・療養	0	0	0	0

総合計 (5 人)	10,138	0	0	0	2,500	保険	669,987	74,443	0	0
	0	0	0	0	3,512	食費	0	0	0	0
	65,097	0	0	0	0	居住費	0	0	0	0
	0	0	0	0	74,443	特定治療・療養	0	0	0	0

都道府県 訪問看護ステーションコード
番 号

46 460014

6 訪問	3 後期	1 単独	0 高齢7
------	------	------	-------

—									
公費負担者①番号									
公費負担者②番号									

—								
公費負担医療の受給者 番号 ①								
公費負担医療の受給者 番号 ②								

保 険 者 番 号	3	9	4	6	0	0	1	4	給付	
被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号			(枝番) 01522232							

鹿兒島市東開町X X X番地

訪問看護ステーション み●●

ステーションの
住所地及び名称

南● ●助

電話番号 099-XXXX-XXXX

氏名	*賀良*		特記
	2 女	3 昭 14年04月24日 生	27区イ
訪問した住居	鹿児島県鹿児島市東開町XX番地		
職務上の事由	1 職上		

主治医	医療機関の名称	南●●クリニック		
	氏 名	*村 陽*	直近報告年月日	年 月 日

主たる 傷病名	1. 1型糖尿病・顕合併症あり		
	2.		
	3.		
心身 の状態	基準告示第2の1に規定する疾病等の有無 1 別表7 2 別表8 (3)無		
	該当する疾病等		
	インスリン適用中 訪問1回目(5月6日)につき、訪問看護感染症対策実施加算を算定。		

指示期間	指示期間	令和03年04月01日～令和04年03月31日 / 年 月 日～ 年 月 日											
	(特別指示期間)	年 月 日～ 年 月 日 / 年 月 日～ 年 月 日											
	(精神指示期間)	年 月 日～ 年 月 日 / 年 月 日～ 年 月 日											
	(精神特別指示期間)	年 月 日～ 年 月 日 / 年 月 日～ 年 月 日											

実 日 数	保 険	4 日		
	① 公費	日	② 公費	日

訪問開始年月日	令和 3 年 5 月 1 日			
訪問終了年月日時刻	年	月	日	時 分
訪問終了の状況	1 軽快 5 その他 ()	2 施設	3 医療機関	4 死亡

30		(公費分金額)			
精神科基本療養費Ⅰ	31 看護師等	3日まで30分以上	円×	日	円
		3日まで30分未満	円×	日	円
		4日以降30分以上	円×	日	円
		4日以降30分未満	円×	日	円
	32 作業療法士	3日まで30分以上	円×	日	円
		3日まで30分未満	円×	日	円
		4日以降30分以上	円×	日	円
		4日以降30分未満	円×	日	円
	33 准看護師	3日まで30分以上	円×	日	円
		3日まで30分未満	円×	日	円
		4日以降30分以上	円×	日	円
		4日以降30分未満	円×	日	円

訪問日	◎ ◇	△	□	▽	同一 建物	同一 緊急
1						
2						
3						
4						
5						
6	○					
7						
8						
9						

死亡の状況	時刻	年 月 日			時 分	
	場所	1 自宅	2 施設	3 病院	4 診療所	5 その他 ()

10 基本療養費Ⅰ	11 看護師等	3日まで	5,550	円×	4日	22,200	円	(公費分金額)
		4日以降		円×	日		円	
	12 准看護師	3日まで		円×	日		円	
		4日以降		円×	日		円	
	13 専門の研修を受けた看護師			円×	日		円	
	14 理学療法士等	3日まで		円×	日		円	
		4日以降		円×	日		円	

精神科基本診療費Ⅲ	看護師等 2人	3日までに30分以上 3日までに30分未満 4日以降30分以上 4日以降30分未満	円× 円× 円× 円×	日 日 日 日	円 円 円 円	円 円 円 円	円 円 円 円
	3人以上	3日までに30分以上 3日までに30分未満 4日以降30分以上 4日以降30分未満	円× 円× 円× 円×	日 日 日 日	円 円 円 円	円 円 円 円	円 円 円 円

10					
11					
12					
13	○				
14					
15					
16					
17					
18					

基本療養費Ⅱ	15 看護師等 2人	3日まで 4日以降	円× 円×	日 日	円 円	円 円
	3人以上	3日まで 4日以降	円× 円×	日 日	円 円	円 円
	16 当番医師		円×			円

35 作業療法士				
2人	3日まで30分以上	円×	日	円
	3日まで30分未満	円×	日	円
	4日以降30分以上	円×	日	円
	4日以降30分未満	円×	日	円
3人以上	3日まで30分以上	円×	日	円
	3日まで30分未満	円×	日	円
	4日以降30分以上	円×	日	円
	4日以降30分未満	円×	日	円

19							
20	○						
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27	○						

16	准看護師		円×			
	2人	3日まで	円×	日	円	円
		4日以降	円×	日	円	円
	3人以上	3日まで	円×	日	円	円
		4日以降	円×	日	円	円
17	専門の研修を受けた看護師		円×	日	円	
18	理学療法士等					
	2人	3日まで	円×	日	円	円
		4日以降	円×	日	円	円
	3人以上	3日まで	円×	日	円	円
		4日以降	円×	日	円	円

36 准看護師					
2人	3日まで30分以上	円×	日	円	円
	3日まで30分未満	円×	日	円	円
	4日以降30分以上	円×	日	円	円
	4日以降30分未満	円×	日	円	円
3人以上	3日まで30分以上	円×	日	円	円
	3日まで30分未満	円×	日	円	円
	4日以降30分以上	円×	日	円	円
	4日以降30分未満	円×	日	円	円

28							
29							
30							
31							
特記事項 ① 他① 鹿児島市 訪問看護ステーション み●●							

19	難病等複数回訪問加算					
基本診療費 1及び2	2回	1人	円×	日	円	円
		2人	円×	日	円	円
		3人以上	円×	日	円	円
	3回以上	1人	円×	日	円	円
		2人	円×	日	円	円
		3人以上	円×	日	円	円

精神	37 精神科緊急訪問看護加算	円×	日	円	円
	38 長時間精神科訪問看護加算	円×	日	円	円

2 他②

20	緊急訪問看護加算	円	×	日	円		円
21	長時間訪問看護加算	円	×	日	円		円
22	乳幼児加算	円	×	日	円		円

科基本費	39 複数名精神科訪問看護加算 看護師等					
	1回	1人	円×	日	円	円

3 從

算	23	複数名訪問看護加算				
		看 護 師 等	1 人	円×	日	円
			2 人	円×	日	円
			3 人以上	円×	日	円
		理 学 療 法 士 等	1 人	円×	日	円
			2 人	円×	日	円
			3 人以上	円×	日	円
		准 看 護 師	1 人	円×	日	円
			2 人	円×	日	円
			3 人以上	円×	日	円
		看 護 補 助 者 ハ	1 人	円×	日	円
			2 人	円×	日	円
			3 人以上	円×	日	円
		看 護 補 助 者 ニ				
		1 回	1 人	円×	日	円
			2 人	円×	日	円
			3 人以上	円×	日	円
		2 回	1 人	円×	日	円
			2 人	円×	日	円
			3 人以上	円×	日	円
		3 回以上	1 人	円×	日	円
			2 人	円×	日	円
			3 人以上	円×	日	円

研修費Ⅰ及びⅢの加算	2回	2人	円×	日	円	円
		3人以上	円×	日	円	円
		1人	円×	日	円	円
	3回以上	2人	円×	日	円	円
		3人以上	円×	日	円	円
		1人	円×	日	円	円
	作業療法士	2人	円×	日	円	円
		3人以上	円×	日	円	円
		1人	円×	日	円	円
	2回	2人	円×	日	円	円
		3人以上	円×	日	円	円
		1人	円×	日	円	円
	3回以上	2人	円×	日	円	円
		3人以上	円×	日	円	円
		1人	円×	日	円	円
准看護師	2人	円×	日	円	円	
	3人以上	円×	日	円	円	
	1人	円×	日	円	円	
1回	2人	円×	日	円	円	
	3人以上	円×	日	円	円	
	1人	円×	日	円	円	
2回	2人	円×	日	円	円	
	3人以上	円×	日	円	円	

4	特地			
5	介			
6	支援			
7	同一緊急			
8	退支			
9	連			
10	GAF			
			年 月 日	
合計				
請	保険		25, 200	円
求	① 公費			円
	② 公費			円
	保	※		円

	24	夜間・早朝訪問看護加算	円	×	日	円	円
	25	深夜訪問看護加算	円	×	日	円	円
基 Ⅲ	26	看護師等	円	×	回	円	円
		理学療法士等	円	×	回	円	円
加 Ⅳ	51	管理療養費	円	×	円	円	円

3回以上	2人	円×	日	円	円
	3人以上	円×	日	円	円
	1人	円×	日	円	円
	2人	円×	日	円	円
	3人以上	円×	日	円	円

決定	除		円
	① 公費	※	円
	② 公費	※	円

50	管理課基費		円 ×	日	円	円
51	智慧障害者に対する心体制加算					円
52	24時間対応体制加算					円
53	特別管理加算					円
54	退院時共同指導加算 特別管理指導加算	円 × 円 ×	回 回		円 円	円 円
55	退院支援指導加算	円 ×	回		円	円
56	在宅患者連携指導加算					円
57	在宅患者緊急応時等ダブルプレス加算	円 ×	回		円	円
58	精神科重症症患者の支援管理連擔加算					円
59	看護・介護職員連携強化加算					円

	3人以上	円×	日	円	円
看護補助者	1人	円×	日	円	円
	2人	円×	日	円	円
	3人以上	円×	日	円	円
精神保健福祉士	1人	円×	日	円	円
	2人	円×	日	円	円
	3人以上	円×	日	円	円
40 夜間・早朝訪問看護加算		円×	日	円	円
41 深夜訪問看護加算		円×	日	円	円
42 精神科療養回訪問加算					

負担金額	保険	円
	① 公費	円
	② 公費	円
金公	公	※

60	訪問看護 情報提供療養費	1 市(区)町村等 2 学校等 3 保険医療機関等	1,500 円 × 1 回	1,500 1,500	円 円	円 円
70	訪問看護ターミナルケア療養費				円	円
情報提供 療養費	1 市(区)町村等	鹿児島市				
療養費 提供先	2 学校等	前回算定	年 月 1 入園・入学	2 転園・転学		回
	3 保険医療機関等					

	2回	1人	円×	日	円	円
		2人	円×	日	円	円
	3回以上	3人以上	円×	日	円	円
		1人	円×	日	円	円
		2人	円×	日	円	円
		3人以上	円×	日	円	円
精 Ⅳ	43 看護師等 作業療法士		円×	回	円	円
			円×	回	円	円

①	費	円
②	公費 ※	円
※高額療養費		
備考		

○ 訪問看護療養費明細書

都道府県
番 号

訪問看護ステーションコード

令和 3 年 5 月 分 46 460014

6 訪問

1 社

1 単独

8 高齢一

一

公費負担者番号①

公費負担者番号②

一

公費負担医療の受給者番号①

公費負担医療の受給者番号②

氏 名

ノイ
道 一

特 記

29区エ

訪問した住所

鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地

職務上の事由

1 職上

保 険 者

番 号

0 1 4 6 0 0 1 4

給付

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

0001111
25

(枝番) 03

鹿児島市東開町XXX番地

訪問看護ステーション み●●

南● ●助

電話番号 099-XXXX-XXXX

主治医

医療機関の名称

●●●病院

氏 名

村 四

直近報告年月日

年 月 日

主たる傷病名

1. 1 型糖尿病

2.

3.

心身の状態

基準告示第2の1に規定する疾病等の有無 1 別表7 2 別表8 (3)無該当する疾病等

自宅療養中 訪問1回目(5月4日)につき、訪問看護感染症対策実施加算を算定。

訪問開始年月日

平成 28 年 1 月 1 日

訪問終了年月日時刻

年 月 日 時 分

訪問終了の状況

1 軽快 2 施設 3 医療機関 4 死亡 5 その他 ()

死亡の状況

時刻 年 月 日 時 分

場所

1 自宅 2 施設 3 病院 4 診療所 5 その他 ()

10 基本療養費Ⅰ

11 看護師等 3 日まで 5,550 円× 8 日 44,400 円 (公費分金額)

12 准看護師 3 日まで 円× 日 円

13 専門の研修を受けた看護師 4 日以降 円× 日 円

14 理学療法士等 3 日まで 円× 日 円 4 日以降 円× 日 円

基本療養費Ⅱ

15 看護師等 2 人 3 日まで 円× 日 円 4 日以降 円× 日 円 3 人以上 3 日まで 円× 日 円 4 日以降 円× 日 円

16 准看護師 2 人 3 日まで 円× 日 円 4 日以降 円× 日 円 3 人以上 3 日まで 円× 日 円 4 日以降 円× 日 円

17 専門の研修を受けた看護師 円× 日 円

18 理学療法士等 2 人 3 日まで 円× 日 円 4 日以降 円× 日 円 3 人以上 3 日まで 円× 日 円 4 日以降 円× 日 円

基本療養費Ⅰ及びⅡの加算

19 難病等複数回訪問加算 2 回 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 3 回以上 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円

20 緊急訪問看護加算 円× 日 円

21 長時間訪問看護加算 円× 日 円

22 乳幼児加算 円× 日 円

23 複数名訪問看護加算 看護師等 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 理学療法士等 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 准看護師 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 看護補助者ハ 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 看護補助者ニ 1 回 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 2 回 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 3 回以上 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円

24 夜間・早朝訪問看護加算 円× 日 円

25 深夜訪問看護加算 円× 日 円

基本Ⅲ

26 看護師等 円× 回 円 理学療法士等 円× 回 円

50 管理療養費 円十 円× 日 円

51 管理療養費 円十 円× 日 円

52 24時間対応体制加算 円

53 特別管理加算 円

54 退院時共同指導加算 円× 回 円 特別管理指導加算 円× 回 円

55 退院支援指導加算 円× 回 円

56 在宅患者連携指導加算 円

57 在宅患者緊急時等ヘルプス加算 円× 回 円

58 精神科重症患者支援管理連携加算 円

59 看護・介護職員連携強化加算 円

60 訪問看護情報提供療養費 1 市(区)町村等 1,500 円 2 学校等 1,500 円× 1 回 1,500 円 3 保険医療機関等 円

70 訪問看護ターミナルケア療養費 円

情報提供先 1 市(区)町村等 鹿児島市 2 学校等 前回算定 年 月 1 入園・入学 2 転園・転学 回 3 保険医療機関等 円

指示期間

令和03年04月15日～令和04年04月14日 / 年 月 日～ 年 月 日 (特別指示期間)

年 月 日～ 年 月 日 / 年 月 日～ 年 月 日

精神指示期間

年 月 日～ 年 月 日 / 年 月 日～ 年 月 日

(精神特別指示期間)

年 月 日～ 年 月 日 / 年 月 日～ 年 月 日

31 看護師等 3 日まで30分以上 円× 日 円 3 日まで30分未満 円× 日 円 4 日以降30分以上 円× 日 円 4 日以降30分未満 円× 日 円

32 作業療法士 3 日まで30分以上 円× 日 円 3 日まで30分未満 円× 日 円 4 日以降30分以上 円× 日 円 4 日以降30分未満 円× 日 円

33 准看護師 3 日まで30分以上 円× 日 円 3 日まで30分未満 円× 日 円 4 日以降30分以上 円× 日 円 4 日以降30分未満 円× 日 円

34 看護師等 2 人 3 日まで30分以上 円× 日 円 3 日まで30分未満 円× 日 円 4 日以降30分以上 円× 日 円 4 日以降30分未満 円× 日 円 3 人以上 3 日まで30分以上 円× 日 円 3 日まで30分未満 円× 日 円 4 日以降30分以上 円× 日 円 4 日以降30分未満 円× 日 円

35 作業療法士 2 人 3 日まで30分以上 円× 日 円 3 日まで30分未満 円× 日 円 4 日以降30分以上 円× 日 円 4 日以降30分未満 円× 日 円 3 人以上 3 日まで30分以上 円× 日 円 3 日まで30分未満 円× 日 円 4 日以降30分以上 円× 日 円 4 日以降30分未満 円× 日 円

36 准看護師 2 人 3 日まで30分以上 円× 日 円 3 日まで30分未満 円× 日 円 4 日以降30分以上 円× 日 円 4 日以降30分未満 円× 日 円 3 人以上 3 日まで30分以上 円× 日 円 3 日まで30分未満 円× 日 円 4 日以降30分以上 円× 日 円 4 日以降30分未満 円× 日 円

37 精神科緊急訪問看護加算 円× 日 円

38 長時間精神科訪問看護加算 円× 日 円

39 複数名精神科訪問看護加算 看護師等 1 回 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 2 回 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 3 回以上 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 作業療法士 1 回 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 2 回 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 3 回以上 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 准看護師 1 回 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 2 回 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 3 回以上 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 看護補助者 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 精神保健福祉士 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円

40 夜間・早朝訪問看護加算 円× 日 円

41 深夜訪問看護加算 円× 日 円

42 精神科複数回訪問加算 2 回 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円 3 回以上 1 人 円× 日 円 2 人 円× 日 円 3 人以上 円× 日 円

43 看護師等 円× 回 円 作業療法士 円× 回 円

実日数

8 日

① 公費 日 ② 公費 日

訪問日

○ △ □ ▽ 同一 同一 緊急 建物 緊急

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

特記事項

① 他① 鹿児島市 訪問看護ステーション み●●

2 他②

3 従 特他

4 介 支援

5 同一緊急

6 退支

7 連

8 GAF 年 月 日

合計

47,400 円

請求

① 公費 円 ② 公費 円

決定

保険 ※ 円 ① 公費 ※ 円 ② 公費 ※ 円

負担金額

① 公費 円 ② 公費 円

金① 公費 ※ 円 金② 公費 ※ 円

※高額療養費

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×××番地
訪問看護ステーション み●●

令和3年6月30日

電話番号
指定訪問看護事業者氏名

南● ●助
099-XXXX-XXXX
南● ●助

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	4	25,200	
	※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	

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(七〇以上一般・低所得)	01 (協会)	1	8	47,400	
		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	1	8	47,400	
	医保(70以上7割)と公費の併用					
	医保単独(七〇以上七割)	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)				
		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				
	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	公費と医療の併用	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

鹿児島市 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30日

指定訪問看護事業者氏名

南● ●助
南● ●助

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	8	47,400	8,000
	※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● ●助 南● ●助 TEL 099-XXXX-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 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)			
	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	25,200	
合計		1	25,200	

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	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● ●助 南● ●助 TEL 099-XXXX-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 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	47,400	8,000
	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	47,400	8,000

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： R02/05/15

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	10	55,500	2
2	機能強化型管理療養費 1	12,530	1	12,530	1
3	特別管理加算	2,500	2	5,000	2
4	訪問看護情報提供療養費 1	1,500	1	1,500	1
合計	-	-	-	74,530	2

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5月

(全請求分)

定期・随時巡回 ゆ●●

印刷日：令和2年6月15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
後期単独			* 津 京 *	R2/4	9	53,950	16,190	0	53,950	有
後期単独			* 牟田 良 *	R2/4	1	20,580	6,170	0	20,580	有
小計			(件数)	2	10	74,530	22,360	0	74,530	

	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	R2/4	2	10	74,530	22,360	0	74,530
総 合 計		2	10	74,530	22,360	0	74,530

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 スポーツ・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：普通の声がやっと聞きとれる 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す事が：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

居宅サービス計画の同意書兼受領書

私は、添付の居宅サービス計画の原案について、説明者からその内容の説明を受けるとともに、この内容に同意しましたので、居宅サービス計画を受領します。

令和2年5月1日

説明者	住 所	〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地
	事業所名	定期・随時巡回 ゆ●●
	氏 名	* 玉 あや * 印

利用者	住 所	〒891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地
	氏 名	* 国 良 * 印
家族又は代理人	住 所	〒
	氏 名	印

添付書類

令和2年5月1日

作成 居宅サービス計画書(1)
居宅サービス計画書(2)
週間サービス計画表

居宅サービス計画書(1)

作成年月日

令和2年4月1日

1000

初回 ・ 紹介 ・ 継続

認定済 ・ 申請中

利用者名 * 国 良 * 殿 生年月日 昭和14年7月29日 住所 〒 891-0115 鹿児島県鹿児島市東開町XXX番地1

居宅サービス計画作成者氏名 * 玉 あや *

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地 〒 899-0121 鹿児島県出水市米ノ津町XXXX番地 定期・随時巡回 ゆ●●

居宅サービス計画作成(変更)日 令和2年5月1日 初回居宅サービス計画作成日 平成26年4月1日

認定日 認定の有効期間 令和2年1月1日 ~ 令和2年12月31日

要介護状態区分 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向
本人・・・だいたい慣れてきました。行くことが楽しみです。
もっと、いろいろな人と話をしたいと思っています。
家族・・・看護小規模多機能を使用するようになり、母が明るく変わったように感じます。
これからも、出来ない家事などは援助します。出来る部分はリハビリだと思って、自分で行ってほしい。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定 特になし

総合的な援助の方針
・福祉用具を使用し、安心して近所を散歩することができるようリハビリなどを続けていきましょう。
・一人で寝返りや起き上がりなどの動作が出来るよう環境を整え、訓練などを実施していきましょう。
・定期的に受診を行い、体調管理を行い安心して生活を送れるようにしましょう。
・他者との交流がスムーズに行え、気分転換が出来楽しみが増えるよう援助いたします。
・定期的に入浴が実施でき、身体の清潔が保てるよう支援いたします。
【緊急連絡先】 ●国 ●●子様(長女) 40-XXXX 090-XXXX-XXXX
病院通所リハビリ 42-XXXX 定期・随時巡回 ゆ●● 41-XXXX
福祉用具 090-XXXX-XXXX

生活援助中心型の算定理由 1. 一人暮らし 2. 家族等が障害、疾病等 ③ その他()

居宅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(代理人)氏名

印

居宅サービス計画書（２）

作成年月日

令和02年5月1日

利用者名 * 国 良 * 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
子供達は仕事が忙しいので、できるだけ迷惑をかけないように体調に気をつけて行きたいです	定期的に受診が出来る、体調が整えられる	H29/4/1 ～ R02/9/30	体調管理を行い、安心して生活を送ることができる	R02/4/1 ～ R02/6/30	体調が優れない時や不安なことなど、家族等に伝える／定期受診／服薬管理				毎日	R02/4/1 ～ R02/6/30
					定期受診・必要時の受診同行付き添い／服薬状況の把握・残薬等の確認／健康状態の観察／急変時・緊急時の対応／痛みなどの確認／食事準備／食事・水分量の確認		家族		定期 毎日	R02/4/1 ～ R02/6/30
					体調確認・バイタルチェック／痛みなどの確認／バランスの取れた食事提供／食事・水分量の確認／内服の確認(必要時)・把握／体重測定／急変時・緊急時の連絡対応／異常の早期発見／家族への状況報告	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	定期・随時巡回 ゆ●●	週 2 回	R02/4/1 ～ R02/6/30
					健康チェック／急変時・緊急時の連絡対応／痛みなどの確認／家族への状況報告	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	定期・随時巡回 ゆ●●	週 2 回	R02/4/1 ～ R02/6/30
いろいろな人といっぱいお話がしたいです。通所に行くことが楽しみなってきました。	他者との交流を楽しむ、気分転換ができる	R02/4/1 ～ R02/9/30	家族やいろいろな人との会話の機会が出来る、楽しみが増える	R02/4/1 ～ R02/6/30	話のしやすい環境作り／活動や訓練などを通して、他利用者との交流の場を提供する／レクリエーション・野外活動への参加を促す／相談援助／傾聴	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	定期・随時巡回 ゆ●●	週 2 回	R02/4/1 ～ R02/6/30
					相談援助・傾聴	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	定期・随時巡回 ゆ●●	週 2 回	R02/4/1 ～ R02/6/30
					本人・家族より日常の様子を確認する／相談援助／必要に応じてサービスなどの調整・検討の実施	○	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	定期・随時巡回 ゆ●●	週 2 回	R02/4/1 ～ R02/6/30
					通所リハビリの利用／できる活動などへの参加／		本人		毎日	R02/4/1 ～ R02/6/30

居宅サービス計画書（２）

作成年月日

令和02年5月1日

利用者名 * 国 良* 殿

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	目 標				援助内容					
	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間
					色々な人との会話を楽しむ／不安や心配事を相談する					
					相談援助・傾聴		家族		毎日	R02/4/1 ～ R02/6/30

※1 「保険給付対象かどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

居宅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

VIII

利用者名 * 津 京 *

殿

週間サービス計画表

作成年月日 令和2年4月1日

		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動
深夜	4:00								
早朝	6:00								起床
	8:00		1)			1)			朝食
午									散歩
前	10:00								
	12:00								看護
午									昼食
	14:00				2)				介護
後	16:00								入浴
夜	18:00								夕食
間	20:00								
	22:00								就寝
深夜	24:00								
夜	2:00								

週単位以外
のサービス

1). 定期巡回随時Ⅱ 3 2). 定期巡回随時Ⅰ 2 3

日課計画表

作成年月日 令和2年4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						
		バイタル測定		定期巡回	担当者 A	起床（自立）	
午前	8:00	薬服管理、朝食準備	家族			洗顔、食事の準備	
						テレビ鑑賞	
	10:00						
						昼食準備（長男嫁支援）	
	12:00	昼食準備	家族			昼食	
午後							
	14:00	バイタル測定		定期巡回	担当者 A		
		薬服管理				散歩、庭や菜園の手入れ	
	16:00	入浴介助	家族			入浴（シャワー浴）	
						入食事の準備	
	18:00	夕食準備	家族			夕食	
夜間							
	20:00						
						就寝	
深夜	22:00						
	24:00						
						トイレに起床（自立）	
	2:00						
随時実施するサービス							
その他のサービス							

モニタリング評価表

[* 国 良 *

様]

作成日 [令和2年04月30日]

作成者 [* 玉 あや *

]]

課題（ニーズ）	長期目標	（期間）	短期目標	（期間）	サービス内容	事業所名	評価
転倒し骨折した経緯があります。室内を自由に安全に移動が出来る。また、近所を散歩できるようにしたい。	歩行器を使用し、近所を散歩することができる	R2/4/1 ~ R2/6/30	歩行器での歩行が安全に行え、室内を自由に移動することができる	H26/9/1 ~ R2/4/30	歩行器貸与(屋内用・屋外用)／本人の状態にあった用具の選定・検討／不具合時の調整修理など	福祉用具 みずき	歩行の練習を大変よく頑張っている。
					室内での歩行状態の確認／移動時の見守り・付き添い介助・転倒に注意する／ベッド周辺や移動動線の整理	定期・随時巡回 ゆ ● ●	転倒への不安はあるようだが、自分で歩けなくなる事への不安が大きく、極力自分で歩くように努力されている。
	継続して家事を行え、自分で出来る家事が増える	R2/4/1 ~ R2/6/30	手伝いを受けながら、自宅の環境が整う	R2/4/1 ~ R2/4/30	移動導線の整理整頓／居間やトイレを確認し、汚染時は清掃する	定期・随時巡回 ゆ ● ●	家事を自分で出来る喜びが大きく、楽しみながらされている様子。
					室内・トイレ・台所・玄関などの掃除／食後の片付けなど		
					ベッド周りなどの片付け。出来る部分の片付けを実施する／茶碗の片付けをする		
起き上がりなどの動作に時間がかかります。安心して寝返りや起き上がりが出来るようになりたいです	一人で、寝返りや起き上がり・立位などの動作が出来る	R2/4/1 ~ R2/6/30	体に無理なく、起き上がりや立位などの動作が出来る	R2/4/1 ~ R2/4/30	特殊寝台、寝台付属の貸与(介助バーの使用)／定期点検、不具合時の調整	福祉用具 みずき	夜起きたとき、起き上がりが大変楽になったとの事。
					動作時の見守り・一部介助(必要時)／体調を見ながら、介助を行う		

モニタリングシート

[* 国 良 * 様]

作成日 [令和2年4月30日] 作成者 [* 玉 あや *]

計画の実施状況				計画の達成度と評価		今後の方針・目標	備考
短期目標	サービス内容	確認日	確認方法	利用者及び家族の意向・満足度	評価		
歩行器での歩行が安全に行え、室内を自由に移動することができる	歩行器貸与(屋内用・屋外用)／本人の状態にあった用具の選定・検討／不具合時の調整修理など	R2/4/30	訪問	歩行の練習を大変よく頑張っている。これからもこの調子で頑張ってもらいたい。	大変満足		
	レクリエーションへの参加／歩行時の見守り・付き添い	R2/4/30	事業所間連絡	リハビリに参加するようになり、以前と比べると足も動かしやすくなったとの事で、自ら動こうとするようになった。さらに体の調子を取り戻して欲しい。	満足		
	室内での歩行状態の確認／移動時の見守り・付き添い介助・転倒に注意する／ベッド周辺や移動動線の整理	R2/4/30	訪問	歩行器の扱いにもだいが慣れてきた。積極的に歩くようになってきたので、見守りにも十分気をつけたい。	満足		
	移動時の見守り・付き添い介助／必要に応じて車椅子での移動介助	R2/4/30	訪問	歩行するときは目を離さないように気をつける。	満足		
	歩行時は、躓かないよう足の上がりに注意する。方向転換などは特に気をつける。	R2/4/30	訪問	きれいな環境での生活が嬉しいようで、	満足		

モニタリングのまとめ

次回モニタリング予定年月日 令和2年5月29日

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)	[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]		

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]		

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 事業所内 相談室 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
	定期巡回「み●●」（介護支援専門員）	* 玉 あや *	●●病院（医師）	* 看 医 *	定期巡回「み●●」（介護支援専門員）	* 崎 六 *
	定期巡回 み●●（看護師）	* 木 あざ *				
検討した項目	定期巡回 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	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。 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。					
結論	定期巡回・・・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

作成日 [令和02年03月30日] 作成者 [定期・随時巡回 ゆ●●
* 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]

作成者 [定期・随時巡回 ゆ●●
* 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			

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

* 牟田 三 * 様 定期・随時巡回 ゆ ● ●

日	月	火	水	木	金	土
			1 ※	2 ※ 08:00-08:10 定期巡回・随時対応訪 (※知) 11:00-11:10 定期巡回・随時対応訪	3 ※	4 ※ 08:00-08:10 定期巡回・随時対応訪 (※知) 11:00-11:10 定期巡回・随時対応訪
5 ※	6 ※	7 ※ 08:00-08:10 定期巡回・随時対応訪 (※知) 11:00-11:10 定期巡回・随時対応訪	8 ※	9 ※ 08:00-08:10 定期巡回・随時対応訪 (※知) 11:00-11:10 定期巡回・随時対応訪	10 ※	11 ※ 08:00-08:10 定期巡回・随時対応訪 (※知) 11:00-11:10 定期巡回・随時対応訪
12 ※	13 ※	14 ※ 08:00-08:10 定期巡回・随時対応訪 (※知) 11:00-11:10 定期巡回・随時対応訪	15 ※	16 ※ 08:00-08:10 定期巡回・随時対応訪 (※知) 11:00-11:10 定期巡回・随時対応訪	17 ※	18 ※ 08:00-08:10 定期巡回・随時対応訪 (※知) 11:00-11:10 定期巡回・随時対応訪
19 ※	20 ※	21 ※ 08:00-08:10 定期巡回・随時対応訪 (※知) 11:00-11:10 定期巡回・随時対応訪	22 ※	23 ※ 08:00-08:10 定期巡回・随時対応訪 (※知) 11:00-11:10 定期巡回・随時対応訪	24 ※	25 ※ 08:00-08:10 定期巡回・随時対応訪 (※知) 11:00-11:10 定期巡回・随時対応訪
26 ※	27 ※	28 ※ 08:00-08:10 定期巡回・随時対応訪 (※知) 11:00-11:10 定期巡回・随時対応訪	29 ※	30 ※ 08:00-08:10 定期巡回・随時対応訪 (※知) 11:00-11:10 定期巡回・随時対応訪		

※は印刷できない他の予定があります

訪問者別予定一覧

令和2年4月1日

～

令和2年4月30日

印刷日：令和2年4月1日（水曜日）

				4/1（水）	4/2（木）	4/3（金）	4/4（土）
知 小					08:00-08:10 介護 *牟田 三* 11:00-11:10 介護 *牟田 三*		08:00-08:10 介護 *牟田 三* 11:00-11:10 介護 *牟田 三*
	4/5（日）	4/6（月）	4/7（火）	4/8（水）	4/9（木）	4/10（金）	4/11（土）
			08:00-08:10 介護 *牟田 三* 11:00-11:10 介護 *牟田 三*		08:00-08:10 介護 *牟田 三* 11:00-11:10 介護 *牟田 三*		08:00-08:10 介護 *牟田 三* 11:00-11:10 介護 *牟田 三*
	4/12（日）	4/13（月）	4/14（火）	4/15（水）	4/16（木）	4/17（金）	4/18（土）
			08:00-08:10 介護 *牟田 三* 11:00-11:10 介護 *牟田 三*		08:00-08:10 介護 *牟田 三* 11:00-11:10 介護 *牟田 三*		08:00-08:10 介護 *牟田 三* 11:00-11:10 介護 *牟田 三*
	4/19（日）	4/20（月）	4/21（火）	4/22（水）	4/23（木）	4/24（金）	4/25（土）
			08:00-08:10 介護 *牟田 三* 11:00-11:10 介護 *牟田 三*		08:00-08:10 介護 *牟田 三* 11:00-11:10 介護 *牟田 三*		08:00-08:10 介護 *牟田 三* 11:00-11:10 介護 *牟田 三*
	4/26（日）	4/27（月）	4/28（火）	4/29（水）	4/30（木）		
			08:00-08:10 介護 *牟田 三* 11:00-11:10 介護 *牟田 三*		08:00-08:10 介護 *牟田 三* 11:00-11:10 介護 *牟田 三*		

				4/1（水）	4/2（木）	4/3（金）	4/4（土）
* 牟田 三 *					08:00-08:10 介護 * 知 小 * 11:00-11:10 介護 * 知 小 *		08:00-08:10 介護 * 知 小 * 11:00-11:10 介護 * 知 小 *
	4/5（日）	4/6（月）	4/7（火）	4/8（水）	4/9（木）	4/10（金）	4/11（土）
			08:00-08:10 介護 * 知 小 * 11:00-11:10 介護 * 知 小 *		08:00-08:10 介護 * 知 小 * 11:00-11:10 介護 * 知 小 *		08:00-08:10 介護 * 知 小 * 11:00-11:10 介護 * 知 小 *
	4/12（日）	4/13（月）	4/14（火）	4/15（水）	4/16（木）	4/17（金）	4/18（土）
			08:00-08:10 介護 * 知 小 * 11:00-11:10 介護 * 知 小 *		08:00-08:10 介護 * 知 小 * 11:00-11:10 介護 * 知 小 *		08:00-08:10 介護 * 知 小 * 11:00-11:10 介護 * 知 小 *
	4/19（日）	4/20（月）	4/21（火）	4/22（水）	4/23（木）	4/24（金）	4/25（土）
			08:00-08:10 介護 * 知 小 * 11:00-11:10 介護 * 知 小 *		08:00-08:10 介護 * 知 小 * 11:00-11:10 介護 * 知 小 *		08:00-08:10 介護 * 知 小 * 11:00-11:10 介護 * 知 小 *
	4/26（日）	4/27（月）	4/28（火）	4/29（水）	4/30（木）		
			08:00-08:10 介護 * 知 小 * 11:00-11:10 介護 * 知 小 *		08:00-08:10 介護 * 知 小 * 11:00-11:10 介護 * 知 小 *		

訪問看護計画書

ふりがな 利用者氏名	*かし きょう*	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・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X X X X番地

●●病院

●村 四●

事業所名

管理者氏名

殿

定期・随時巡回 ゆ●●

阜 梅

印

訪問看護計画書

ふりがな 利用者氏名	*かし きょう*	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・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

鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地2 4

事業所名

定期・随時巡回 ゆ●●

管理者氏名

阜 梅

印

石 京

殿

上記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

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・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

ケアセンター「み●●」
 埼● ●●め

事業所名
 管理者氏名

定期・随時巡回 ゆ●●
 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	# 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●

殿

事業所名

管理者氏名

定期・随時巡回 ゆ●●

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*	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	# 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 - 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。 # 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

鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地2 4

事業所名

定期・随時巡回 ゆ●●

管理者氏名

阜 梅

印

石 京

殿

上記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

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	# 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

ケアセンター「み●●」
埼● ●●め

事業所名
管理者氏名
殿

定期・随時巡回 ゆ●●
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 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 不在時の対応					
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●

印

事業所
 定期・随時巡回 ゆ●●

殿

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	施設名	訪問看護ステーション み●●
	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	099-XXX-XXXX	不在時は、主治医（泌尿器科医）への確認
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
定期・随時巡回 ゆ●●

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

定期・随時巡回 ゆ●●

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）
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。） （該当する項目に○をつけてください） 複数名訪問の必要性 あり・☒ 理由： 短時間訪問の必要性 あり・☒ 理由：（ ） 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） 1. 服薬確認 ☒ ② 水分及び食物摂取の状況 3. 精神症状（観察が必要な事項： ） ☒ ④ 身体症状（観察が必要な事項： 栄養状況 ） 5. その他（ ）			
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

定期・随時巡回 ゆ●●

殿

月間訪問予定表

介護

印刷日：令和2年6月18日

[illegible]

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 右上肢麻痺		② 筋力低下		③			
		④		⑤		⑥			
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因 ※3	改善/維持の可能性 ※4		備考(状況・支援内容等)		
移動	室内移動	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下		改善	維持
	屋外移動	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化
食事	食事内容	支障なし		支障あり			改善	維持	悪化
	食事摂取	自立	見守り	一部介助	全介助	利き腕麻痺	改善	維持	悪化
	調理	自立	見守り	一部介助	全介助	利き腕麻痺	改善	維持	悪化
排泄	排尿・排便	支障なし		支障あり			改善	維持	悪化
	排泄動作	自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
口腔	口腔衛生	支障なし		支障あり			改善	維持	悪化
	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化
服薬		自立	見守り	一部介助	全介助		改善	維持	悪化
入浴		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化
更衣		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化
掃除		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化
洗濯		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化
整理・物品の管理		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化
金銭管理		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化
買物		自立	見守り	一部介助	全介助	麻痺・筋力低下	改善	維持	悪化
コミュニケーション能力		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化
認知		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化
社会との関わり		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化
褥瘡・皮膚の問題		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化
行動・心理症状(BPSD)		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化
介護力(家族関係含む)		支障なし		支障あり			改善	維持	悪化
居住環境		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
本人もリハビリなど楽しみ にされていることもあり現 状の生活は維持できると思 われるが、筋力の低下には 気を配る必要がある。	筋力の維持	
	社会活動への参加	

※1 本書式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らしている要因を、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。

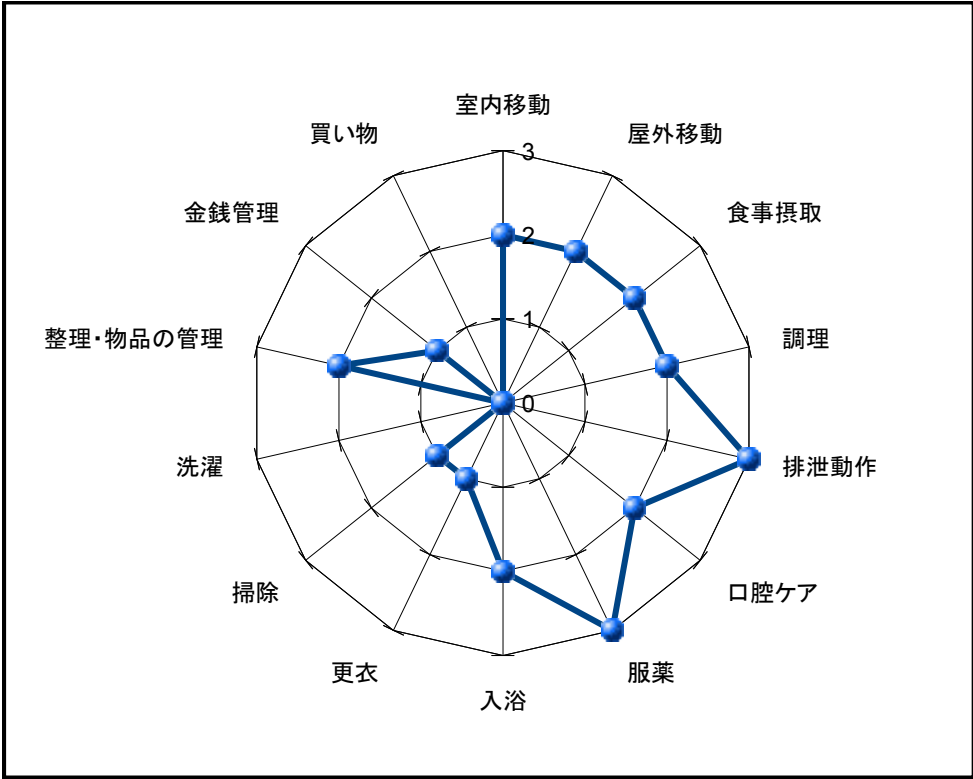
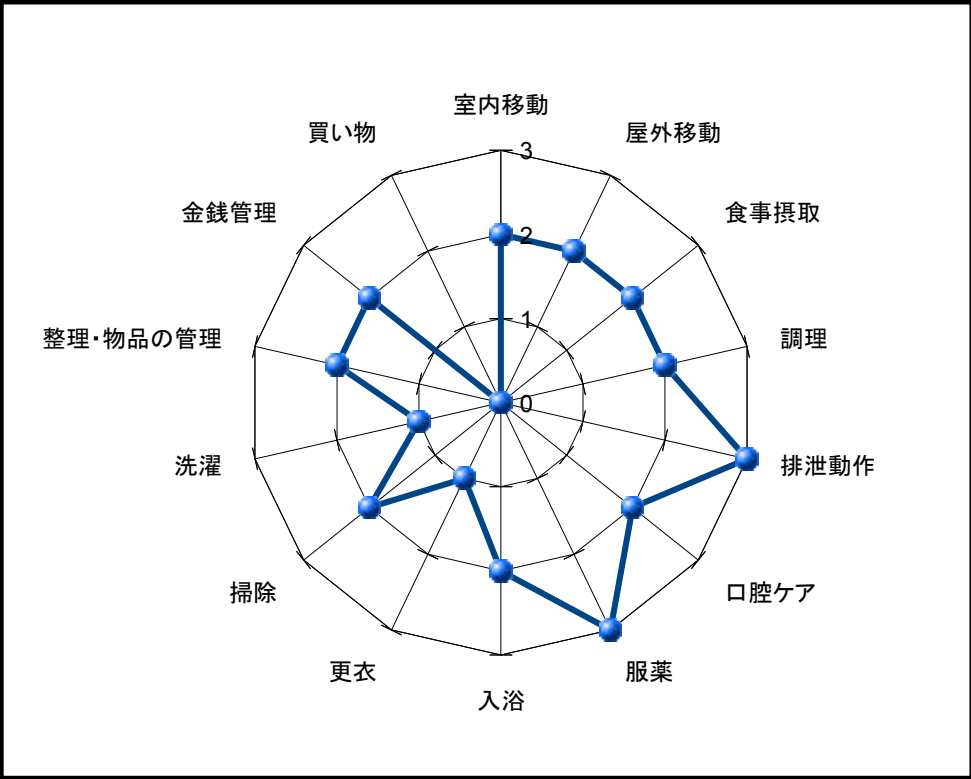
※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を踏まえ、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることによって見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

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	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
2		* 川 花 *	要介護 1	R02. 07. 31		H30. 04. 01	○	○	○					
3		* 子 三 *	要介護 5	R02. 04. 30		H26. 04. 01					H25. 05. 18			
4		* 下 大 *	要介護 3	R02. 09. 30		H31. 03. 01	○	○	○					
5	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
6		* 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)			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
(イス上 坐位姿勢の保持、除圧)			できる	できない	
・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

褥瘡の状態の評価 (DESIGNER)	深さ	(0) 皮膚損傷・(1) 持続する発赤 (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
	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
		合計点 56

※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

看護計画	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)	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。
		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	利用者 ●●さんの担当者を、開催します。		
区分	重要	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15日
内容			
利用者 ●●さんの担当者を、開催します。			
日時：R 2 / 4 / 1 5 10：00～11：00			
場所：相談員室			
議題：X X X X			
時間になりましたら、お集まり下さい。			
添付			
1	01-07 主治医意見書_000001. pdf		
宛先			
1	* 京 一 *		
2	* 知 小 *		
3	* 玉 あや *		
4	* 井 十 *		

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

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

利用者番号

* 津 京 * 様

利用期間

令和2年4月1日 ~ 令和2年4月30日

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
定期・随時巡回 ゆ●●
管理者：* 松 吉 *
Tel：099-XXX-XXXX

請求書番号 61 居宅介護支援事業所
ケアセンター「み●●」

領収書

合計単位	保険内単位	保険外単位	特定点数			
18,191	18,191					
	保険内金額	保険外金額	自費金額	減免金額		
	① 18,191	②	③ 2,080	④		
	医療保険分	医療負担分				
	53,950	⑤ 16,190				

領収金額	36,461 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	34,381 円	
前月までの未収額	54,573 円	
合計請求額	91,034 円	

保 険 分 自 費 分

内 容	単位	回数	内 容	単価	回数	税	金額
定期巡回随時Ⅱ 3	16,833	1	おむつ代A	120	8		960
定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2	500	1	おむつ代B	140	8		1,120
定期巡回処遇改善加算Ⅳ	858	1					
基本療養費Ⅰ（看護師）週3日まで	5,550	9					
特別管理加算	2,500	1					
訪問看護情報提供療養費 1	1,500	1					

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

■様式B A4

請求書

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

利用者番号

*津 *子様 氏 名

津 京 様

請求金額 36,461 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	18,191	医療保険請求額 (④)	16,190
保険内金額①	18,191	保険分金額合計	53,950
保険外金額②		保険分利用者負担④	16,190
減免金額③			
その他費用合計	2,080	医療費控除 対象金額	34,381 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
定期巡回随時Ⅱ 3	16,833	1		
定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2	500	1		
定期巡回処遇改善加算Ⅳ	858	1		
基本療養費Ⅰ（看護師）週3日まで	5,550	9		
特別管理加算	2,500	1		
訪問看護情報提供療養費1	1,500	1		
おむつ代A	120	8		960
おむつ代B	140	8		1,120

*・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)	
前月までの未収額	54,573
合計請求額	91,034

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 61

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
⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ 25 26 ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚

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

※備考

請求書（控）

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

利用者番号

*津 *子様 氏 名

津 京 様

請求金額 36,461 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	18,191	医療保険請求額 (④)	16,190
保険内金額①	18,191	保険分金額合計	53,950
保険外金額②		保険分利用者負担④	16,190
減免金額③			
その他費用合計	2,080	医療費控除 対象金額	34,381 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
定期巡回随時Ⅱ 3	16,833	1		
定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2	500	1		
定期巡回処遇改善加算Ⅳ	858	1		
基本療養費Ⅰ（看護師）週3日まで	5,550	9		
特別管理加算	2,500	1		
訪問看護情報提供療養費1	1,500	1		
おむつ代A	120	8		960
おむつ代B	140	8		1,120

*・・・内税(10%) 外・・・外税(10%) ★・・・内税(8%) 軽・・・外税(8%)	
前月までの未収額	54,573
合計請求額	91,034

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 61

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 ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚

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

※備考

■様式B A4

領収書

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

利用者番号

*津 *子様 氏 名

津 京 様

領収金額 36,461 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	18,191	医療保険請求額 (④)	16,190
保険内金額①	18,191	保険分金額合計	53,950
保険外金額②		保険分利用者負担④	16,190
減免金額③			
その他費用合計	2,080	医療費控除 対象金額	34,381 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
定期巡回随時Ⅱ 3	16,833	1		
定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2	500	1		
定期巡回処遇改善加算Ⅳ	858	1		
基本療養費Ⅰ（看護師）週3日まで	5,550	9		
特別管理加算	2,500	1		
訪問看護情報提供療養費1	1,500	1		
おむつ代A	120	8		960
おむつ代B	140	8		1,120

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

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 61

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
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●●」

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額

※備考

領収印

領収書（控）

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町X X X番地

利用者番号

*津 *子様 氏 名

津 京 様

領収金額 36,461 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	18,191	医療保険請求額 (④)	16,190
保険内金額①	18,191	保険分金額合計	53,950
保険外金額②		保険分利用者負担④	16,190
減免金額③			
その他費用合計	2,080	医療費控除 対象金額	34,381 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
定期巡回随時Ⅱ 3	16,833	1		
定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2	500	1		
定期巡回処遇改善加算Ⅳ	858	1		
基本療養費Ⅰ（看護師）週3日まで	5,550	9		
特別管理加算	2,500	1		
訪問看護情報提供療養費1	1,500	1		
おむつ代A	120	8		960
おむつ代B	140	8		1,120

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

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 61

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●●」

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%)

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

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

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

■様式D A5

利用者番号

請求書

＊津 京＊様

請求日 令和2年5月11日

ご利用期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

請求金額	特定点数※1
36,461	
(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。

請求書番号 61

医療費控除 対象金額	減免金額
¥34,381	

令和2年4月 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	25
26	27	28	29	30		

サービス内訳	単位	回数
定期巡回随時Ⅱ 3	16,833	1
定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2	500	1
定期巡回処遇改善加算Ⅳ	858	1
基本療養費Ⅰ（看護師）週3日まで	5,550	9
特別管理加算	2,500	1
訪問看護情報提供療養費1	1,500	1

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
おむつ代A	120	8		960
おむつ代B	140	8		1,120

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

前月までの未収額	0
合計請求額	36,461

居宅介護支援事業所

ケアセンター「み●●」

■様式D A5

利用者番号

領収書

＊津 京＊ 様

請求日 令和2年5月11日

ご利用期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

領収金額	特定点数※1
36,461	
(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。

請求書番号 61

医療費控除 対象金額	減免金額
¥34,381	

令和2年4月 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	25
26	27	28	29	30		

サービス内訳	単位	回数
定期巡回随時Ⅱ 3	16,833	1
定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2	500	1
定期巡回処遇改善加算Ⅳ	858	1
基本療養費Ⅰ（看護師）週3日まで	5,550	9
特別管理加算	2,500	1
訪問看護情報提供療養費1	1,500	1

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
おむつ代A	120	8		960
おむつ代B	140	8		1,120

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

前月までの未収額	0
合計請求額	36,461

居宅介護支援事業所

ケアセンター「み●●」

■様式D A5

利用者番号

請求書（控）

＊津 京＊様

入金日 令和2年5月11日

ご利用期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

請求金額	特定点数※1
36,461	
(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。

請求書番号 61

医療費控除 対象金額	減免金額
¥34,381	

令和2年4月 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	25
26	27	28	29	30		

サービス内訳	単位	回数
定期巡回随時Ⅱ 3	16,833	1
定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2	500	1
定期巡回処遇改善加算Ⅳ	858	1
基本療養費Ⅰ（看護師）週3日まで	5,550	9
特別管理加算	2,500	1
訪問看護情報提供療養費1	1,500	1

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
おむつ代A	120	8		960
おむつ代B	140	8		1,120

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

■様式D A5

利用者番号

領収書（控）

＊津 京＊ 様

入金日 令和2年5月11日

ご利用期間 令和2年4月1日 ～ 令和2年4月30日

領収金額	特定点数※1
36,461	
(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。

請求書番号 61

医療費控除 対象金額	減免金額
¥34,381	

令和2年4月 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	25
26	27	28	29	30		

サービス内訳	単位	回数
定期巡回随時Ⅱ 3	16,833	1
定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2	500	1
定期巡回処遇改善加算Ⅳ	858	1
基本療養費Ⅰ（看護師）週3日まで	5,550	9
特別管理加算	2,500	1
訪問看護情報提供療養費1	1,500	1

自費利用料金内訳	単価	回数	税	金額
おむつ代A	120	8		960
おむつ代B	140	8		1,120

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

* · · 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

* 津 京 *

様

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

請求日 令和2年5月11日

* 津 * 子 様

請 求 金 額	
36,461	
(内消費税 10%:0円 8%:0円)	
①の合計	
前月までの未収額	54,573
合計請求額	91,034

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	18,191	34,381
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	2,080	
		食費居住費

領収印

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 25
26 27 28 29 30

[請求明細]	[請求明細]
定巡随時訪問介護看護[ご利用期間:1日~30日] 計: 18,191	
定期巡回随時Ⅱ 3 1 × 16,833	
定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2 1 × 500	
定期巡回処遇改善加算Ⅳ 1 × 858	
定巡随時訪問介護看護[ご利用期間:1日~30日] 計: 53,950	
基本療養費Ⅰ(看護師)週3日まで 9 × 5,550	
特別管理加算 1 × 2,500	
訪問看護情報提供療養費 1 1 × 1,500	
その他費用 定巡随時訪問介護看護[ご利用期間:1日~30日] 計: 2,080	
おむつ代A 8 × 120	
おむつ代B 8 × 140	

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 E A5

請求書（控）

利用者番号 _____
* 津 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 X X X 番地
* 津 * 子 様

請 求 金 額
36,461
(内消費税 10%:0円 8%:0円)
①の合計
領 収 金 額
36,461

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	18,191	34,381
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	2,080	
		食費居住費

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 25
26 27 28 29 30

[請求明細]			[請求明細]		
定巡随時訪問介護看護[ご利用期間:1日~30日]	計:	18,191			
定期巡回随時Ⅱ 3	1 ×	16,833			
定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2	1 ×	500			
定期巡回処遇改善加算Ⅳ	1 ×	858			
定巡随時訪問介護看護[ご利用期間:1日~30日]	計:	53,950			
基本療養費Ⅰ（看護師）週3日まで	9 ×	5,550			
特別管理加算	1 ×	2,500			
訪問看護情報提供療養費 1	1 ×	1,500			
その他費用 定巡随時訪問介護看護[ご利用期間:1日~30日]	計:	2,080			
おむつ代A	8 ×	120			
おむつ代B	8 ×	140			

■様式 E A5

領収書（控）

利用者番号 _____
* 津 京 * 様

〒 891-0115
鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 番地

入金日 令和2年5月11日

* 津 * 子 様

請 求 金 額
36,461
(内消費税 10%:0円 8%:0円)
①の合計
領 収 金 額
36,461

合計情報内訳 ①		医療費控除対象金額
保険内金額	18,191	34,381
保険外金額		軽減金額合計 ②
その他費用	2,080	
		食費居住費

領収印	
-----	--

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 25
26 27 28 29 30

[請求明細]		
定巡随時訪問介護看護[ご利用期間:1日~30日]	計:	18,191
定期巡回随時Ⅱ 3	1 ×	16,833
定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2	1 ×	500
定期巡回処遇改善加算Ⅳ	1 ×	858
定巡随時訪問介護看護[ご利用期間:1日~30日]	計:	53,950
基本療養費Ⅰ(看護師)週3日まで	9 ×	5,550
特別管理加算	1 ×	2,500
訪問看護情報提供療養費 1	1 ×	1,500
その他費用 定巡随時訪問介護看護[ご利用期間:1日~30日]	計:	2,080
おむつ代A	8 ×	120
おむつ代B	8 ×	140

[請求明細]	

■様式 F A5

請求書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X X X 番地

利用者番号
* 津 京 * 様

* 津 * 子 様
請求金額 36,461 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	18,191	医療保険請求額 (④)	16,190
保険内金額①	18,191	保険分金額合計	53,950
保険外金額②		保険分利用者負担④	16,190
減免金額③			

その他費用合計	2,080	医療費控除 対象金額	34,381 円
その他費用減免金額	0		

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
定期巡回随時Ⅱ 3	16,833	1		
定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2	500	1		
定期巡回処遇改善加算Ⅳ	858	1		
基本療養費Ⅰ（看護師）週3日まで	5,550	9		
特別管理加算	2,500	1		
訪問看護情報提供療養費 1	1,500	1		
おむつ代A	120	8		960
おむつ代B	140	8		1,120

※備考

前月までの未収額	54,573
合計請求額	91,034

氏 名

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 61

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
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●●」

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%)

■様式 F A5

領収書

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X X X 番地

利用者番号
* 津 京 *

* 津 * 子 様

氏 名

領収金額 36,461 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	18,191
保険内金額①	18,191
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	16,190
保険分金額合計	53,950
保険分利用者負担④	16,190

その他費用合計	2,080
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	34,381 円
---------------	----------

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
定期巡回随時Ⅱ 3	16,833	1		
定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2	500	1		
定期巡回処遇改善加算Ⅳ	858	1		
基本療養費Ⅰ（看護師）週3日まで	5,550	9		
特別管理加算	2,500	1		
訪問看護情報提供療養費 1	1,500	1		
おむつ代A	120	8		960
おむつ代B	140	8		1,120

※備考

前月までの未収額	54,573
合計請求額	91,034

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 61

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
⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ 25 26 ㉗ ㉘ 29 ㉙

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

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

■様式 F A5

請求書（控）

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X X X 番地

利用者番号
* 津 京 *

* 津 * 子 様

氏 名

請求金額 36,461 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	18,191
保険内金額①	18,191
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	16,190
保険分金額合計	53,950
保険分利用者負担④	16,190

その他費用合計	2,080
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	34,381 円
---------------	----------

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
定期巡回随時Ⅱ 3	16,833	1		
定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2	500	1		
定期巡回処遇改善加算Ⅳ	858	1		
基本療養費Ⅰ（看護師）週3日まで	5,550	9		
特別管理加算	2,500	1		
訪問看護情報提供療養費 1	1,500	1		
おむつ代A	120	8		960
おむつ代B	140	8		1,120

※備考

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 61

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
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●●」

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%)

■様式 F A5

領収書（控）

〒 891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町X X X 番地

利用者番号
* 津 京 *

* 津 * 子 様

氏 名

領収金額 36,461 円 (内消費税 10%:0円 8%:0円)

介護保険請求額 (①+②-③)	18,191
保険内金額①	18,191
保険外金額②	
減免金額③	

医療保険請求額 (④)	16,190
保険分金額合計	53,950
保険分利用者負担④	16,190

その他費用合計	2,080
その他費用減免金額	0

医療費控除 対象金額	34,381 円
---------------	----------

項 目 名	単位 単価	回数	税	金額
定期巡回随時Ⅱ 3	16,833	1		
定期巡回サービス提供体制加算Ⅰ 2	500	1		
定期巡回処遇改善加算Ⅳ	858	1		
基本療養費Ⅰ（看護師）週3日まで	5,550	9		
特別管理加算	2,500	1		
訪問看護情報提供療養費 1	1,500	1		
おむつ代A	120	8		960
おむつ代B	140	8		1,120

※備考

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 61

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
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●●」

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%)

納入通知書
(納付書)
領収書

番号		納入者	* 牟田 三 *	様
令和2年度収入				
金 額		13,505 円		
納 入 期 限		令和2年5月27日		
納 入 場 所		定期・随時巡回 ゆ●●		
定巡随時訪問介護看護 利用料(4月 分)				
発 行 年 月 日		令和2年5月15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	* 牟田 三 *	納
令和2年度収入				
金 額		13,505 円		
納 入 期 限		令和2年5月27日		
納付金の内容				
定巡随時訪問介護看護 利用料(4月 分)				
発 行 年 月 日		令和2年5月15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 XXXX法人 XXXXXXXX 理事長				収納印

収 入 済 通 知 書

番号		納入者	* 牟田 三 *	納
令和2年度収入				
金 額		13,505 円		
納 入 期 限		令和2年5月27日		
収入金の内容 (納付金)				
定巡随時訪問介護看護 利用料(4月 分)				
発 行 年 月 日		令和2年5月15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（日勤）

			責任者	主任	担当

定期・随時巡回 ゆ●●

令和2年4月1日(水)	天 気	晴れ	作成者	* 木 あざ *	
勤務者 6 人					
* 玉 あや * (ホームヘルパー)、* 阪 太 * (ホームヘルパー)、* 知 小 * (ホームヘルパー)、* 媛 悟 * (ホームヘルパー)、* 阜 梅 * (ホームヘルパー)、* 木 あざ * (看護師)					
行事					
担当者会議					
訪問利用者	早朝	男性 1 名	女性 0 名	合計 1 名	未実施 0 名
	日中	男性 4 名	女性 2 名	合計 6 名	未実施 0 名
	夜間	男性 1 名	女性 2 名	合計 3 名	未実施 0 名
	深夜	男性 4 名	女性 3 名	合計 7 名	未実施 0 名
	合計	男性 10 名	女性 7 名	合計 17 名	未実施 0 名
* 賀 良 *、* 津 京 *、* 道 一 *、* 道 一 *、* 道 一 *、* 道 一 *、* 道 一 *、* 牟田 三 *、* 牟田 三 *、* 牟田 三 *、* 牟田 三 *、* 牟田 三 *、* 牟田 良 *、* 牟田 良 *、* 牟田 良 *					
要注意・観察者					
利用者	申し送り内容				
* 津 京 *	服薬変更あり				
特記事項					
発熱あり バイタルチェック					
看護(1人)、介護(2人)					
看護	* 木 あざ *				
介護	* 媛 悟 *、* 阜 梅 *				

業務日誌（夜勤）

			責任者	主任	担当

定期・随時巡回 ゆ●●

令和2年4月1日(水)		天 気		晴れ		作成者			
勤務者 6人									
玉 あや(ホームヘルパー)、*阪 太*(ホームヘルパー)、*知 小*(ホームヘルパー)、*媛 悟*(ホームヘルパー)、*阜 梅*(ホームヘルパー)、*木 あざ*(看護師)									
行事									
担当者会議									
訪問利用者	早朝	男性	1名	女性	0名	合計	1名	未実施	0名
	日中	男性	4名	女性	2名	合計	6名	未実施	0名
	夜間	男性	1名	女性	2名	合計	3名	未実施	0名
	深夜	男性	4名	女性	3名	合計	7名	未実施	0名
	合計	男性	10名	女性	7名	合計	17名	未実施	0名
賀 良、*津 京*、*道 一*、*道 一*、*道 一*、*道 一*、*道 一*、*牟田 三*、*牟田 三*、*牟田 三*、*牟田 三*、*牟田 三*、*牟田 良*、*牟田 良*、*牟田 良*、*牟田 良*									
看護(1人)、介護(2人)									
看護		*木 あざ*							
介護		*媛 悟*、*阜 梅*							

相談記録(利用希望を含む)

利用者氏名 * 石 京 * 殿

計画作成者氏名 * 玉 あや *

[illegible]

苦情記録

利用者氏名 * 国 良 * 殿

計画作成者氏名 * 玉 あや *

[illegible]

ヒヤリ・ハット記録

利用者氏名 * 国 良 * 殿

計画作成者氏名 * 玉 あや *

[illegible]

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	定期・随時巡回 ゆ●●	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	0024939400
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 X X X 番地 2 4				
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		

アクシデントレポート（事故報告書）

報告日 令和2年4月1日（木）

[illegible]

年月日	時刻	状況と対応	反応
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。			
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	上記の通り実施	ケース検討日	令和2年4月2日（木）
結果 対応策の徹底			職責

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 X X 会	報告者名	* 玉 あや* （職種 看護師 ）
事業所名	定期・随時巡回 ゆ●●	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	0024939400
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 X X X 番地 X X				
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、何かに掴まらない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。		

インシデントレポート

報告日 令和2年4月15日（水）

[illegible]

年月日	時刻	状況と対応	反応
発生要因・原因と思われるもの 利用者、職員、何かに掴まらなないと立ち上がれなくなっている。利用者状態の把握ミス			
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。			

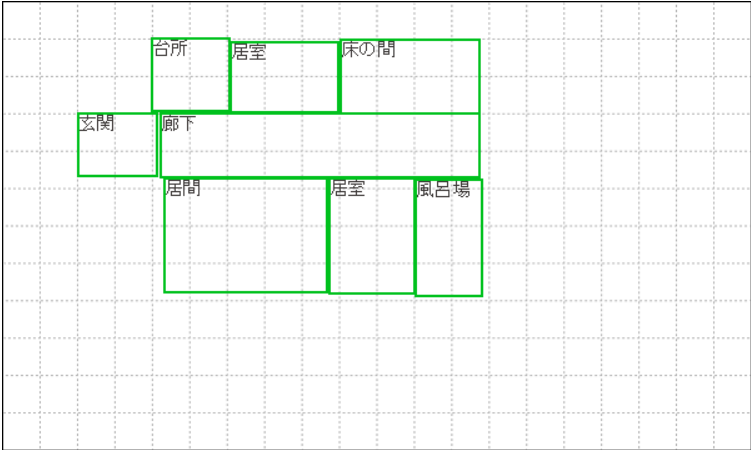
* 石 京 * 様 訪問時の取り決め

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 ・ 〇) SAT (有 ・ 〇) 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	必要物品	保管場所
	・ タオル ・ 着替え ・ バケツ ・ オムツ類 ・ 石鹸 他 ・ 湯の出る場所	(家人準備) (家人準備) (脱衣室) (家人準備) (風呂場) (台所) () () ()
後始末	・ 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		

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

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

グループホーム●風

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

890-0073

鹿児島県鹿児島市宇宿×××番地

センチュリー ●●台

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

居宅介護支援 ●●ケアセンター東風

御中

891-0115

鹿児島県鹿児島市東開町×××番地

定期・随時巡回 ゆ●●

御中

891-0604

鹿児島県指宿市開聞仙田×××番地

デイサービス ●風

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			
	A D L 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	*ㇿに ㇿ*			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	生	男・㊟	要介護区分	要介護 2	
	住 所	鹿児島県鹿児島市東開町 X X X 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		治ゆ・死亡・中止 年 月 日
高血圧	令和 1 年10月		治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・死亡・中止 年 月 日
			治ゆ・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
受診 R 2.1.10 X X X 病院 既往 脳梗塞、高血圧 原因 アテローム血栓性脳梗塞 主訴 麻痺や感覚障害 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。 1/10 X X X 入院 1/11 持参薬中止、抗血小板薬投与 1/16 頸動脈内皮剥離術（CEA）実施 経過観察中	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。

《基本情報》

フリガナ	*ワケニ ヨシ*	男・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 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》

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 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
				TEL
				TEL
				TEL
				TEL

《処方薬》

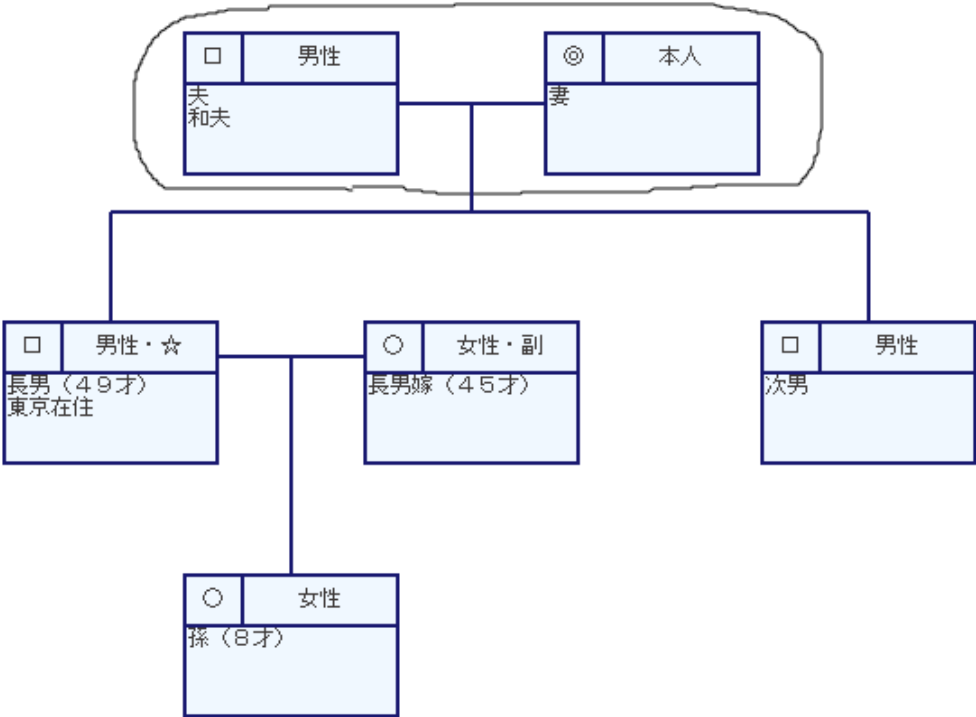
処方薬	薬剤名称	処方区分	剤形	用量	単位	朝	昼	夕	寝	随	用法
	アムロジン錠5mg	内服薬	錠剤	2	錠				○		就寝前

《ADL・IADL》

ADL	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	
IADL	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	

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》

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
	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	*ワケニ ヨシ*	男・ ☒ 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》

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
	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》

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
	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			
障害等認定	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》

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
	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》

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
	クニ カズ		男	夫	不要		099-XXX-XXXX	同居	農業
	国 和								
	**クニ ヨシ*		男	長男	不要	主介護者	099-XXX-XXXX	別居	会社員
	国 芳								
	クニ ジュ		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》

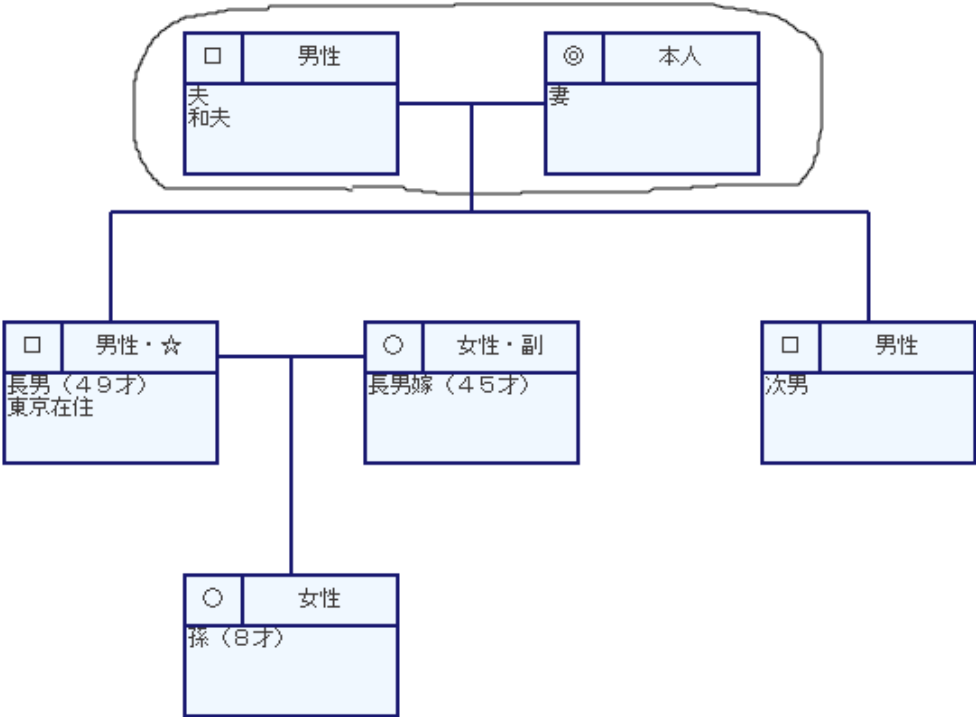
今までの生活	現在のお住まいに30年程生活されており、家業の農家を手伝いながらお子様を育てられた。専業主婦兼農家での生活をされいままで、亡くなられたご主人と結婚されるまでは、近くの会社で事務をされており実家も農家であった。県外での生活などの経験はなくずっと地元での生活であった。特に旅行されることもなかった様である。		
現在の生活状況（どんな暮らしを送っているか）	1日の生活・過ごし方		趣味・楽しみ・特技
	朝6時に起床。 菜園場で1時間ほど手入れ。 8時頃朝食。殆ど昨日の夕食の残り。 ディサービスがない日はお昼までTVを見る。 お昼は軽く食事。宅配サービスも利用。 昼食後は2時間程度お昼寝。 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》

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
	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	

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》

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
	カニ カズ		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 シ		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。							

フリガナ	*ワケニ ヨシ*			性別	男・ ☒ 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
	ワケニ カズ	男	夫	099-XXX-XXXX	同居	農業
	国 和					
	**ワケニ ヨシ*					
	国 芳	男	長男	099-XXX-XXXX	別居	会社員
	ワケニ ジョ	男	次男	099-XXX-XXXX	別居	公務員
	国 ニ					
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』
定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス 帳票サンプル

発行 令和 3年 7月