年12月

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日 | 時　　　　分～　　　　時　　　　分 | | 心身の状態：　**□** 変化なし　**□** 変化あり |
| 訪問診療・訪問看護・訪問介護・訪問入浴・訪問リハビリ・居宅療養・福祉用具・ケアマネ・他（　　　　） | | |
| **□** 定　期　　**□** 随時（不定期） | | 記載（担当者）氏名： |
| 医療・  ケア等  の内容 | **□**診察・処方等 **□**医療処置 **□**服薬確認 **□**体調確認 **□**口腔ケア **□**身体介護  **□**生活援助 **□**リハビリ **□**モニタリング **□**相談 **□**その他（　　　　　　　　　　　　　 ） | |
|  | |
|  | |
| 連絡  事項 | **□** なし　　**□** あり | |
|  | |
| 次回訪問 | □ 予定（　　　月　　　　日　　　　時　　　分頃）　　　　□ 未定 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日 | 時　　　　分～　　　　時　　　　分 | | 心身の状態：　**□** 変化なし　**□** 変化あり |
| 訪問診療・訪問看護・訪問介護・訪問入浴・訪問リハビリ・居宅療養・福祉用具・ケアマネ・他（　　　　） | | |
| **□** 定　期　　**□** 随時（不定期） | | 記載（担当者）氏名： |
| 医療・  ケア等  の内容 | **□**診察・処方等 **□**医療処置 **□**服薬確認 **□**体調確認 **□**口腔ケア **□**身体介護  **□**生活援助 **□**リハビリ **□**モニタリング **□**相談 **□**その他（　　　　　　　　　　　　　 ） | |
|  | |
|  | |
| 連絡  事項 | **□** なし　　**□** あり | |
|  | |
| 次回訪問 | □ 予定（　　　月　　　　日　　　　時　　　分頃）　　　　□ 未定 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 日 | 時　　　　分～　　　　時　　　　分 | | 心身の状態：　**□** 変化なし　**□** 変化あり |
| 訪問診療・訪問看護・訪問介護・訪問入浴・訪問リハビリ・居宅療養・福祉用具・ケアマネ・他（　　　　） | | |
| **□** 定　期　　**□** 随時（不定期） | | 記載（担当者）氏名： |
| 医療・  ケア等  の内容 | **□**診察・処方等 **□**医療処置 **□**服薬確認 **□**体調確認 **□**口腔ケア **□**身体介護  **□**生活援助 **□**リハビリ **□**モニタリング **□**相談 **□**その他（　　　　　　　　　　　　　 ） | |
|  | |
|  | |
| 連絡  事項 | **□** なし　　**□** あり | |
|  | |
| 次回訪問 | □ 予定（　　　月　　　　日　　　　時　　　分頃）　　　　□ 未定 | |