

訪問看護導入チェックシート

以下にチェックが入る場合は、訪問看護の利用をご検討ください

こんな人にも訪問看護を！

I、入院中の状態

- 医療処置： 見守りが必要
 家族に不安がある
- 薬 剤 飲み忘れや自己中断のリスクがある
 特殊薬・貼付剤（麻薬・抗がん剤等使用している）
- 栄養状態： 飲水・食事制限がある
 脱水のリスクがある
 誤嚥のリスク・誤嚥性肺炎の既往がある
- 排 泄： 便秘・下痢の既往がある
 下剤を服用していて、浣腸・摘便をしたことがある
- 清 潔： 入浴や清拭に介助が必要
 口腔ケア・フットケアが必要
- 皮 膚： 褥瘡のリスクがある
- ADL : リハビリをしている
 転倒のリスク・既往がある
- 精 神： 認知症がある
 精神症状の悪化のリスクがある

II、本人・家族の介護負担の状態

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 終末期を自宅で過ごしたいという希望がある | <input type="checkbox"/> 病状が不安定で、入退院を繰り返している |
| <input type="checkbox"/> 在宅療養に対する本人・家族の不安が大きい | <input type="checkbox"/> 家族の負担が大きい |
| <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 | <input type="checkbox"/> 日中、家族が不在等介護する人がいない |

お気軽にご相談ください

「訪問看護コールセンターおかやま」

☎ 086-238-7577（火～金 10時～16時）

FAX 086-238-6681

E-mail call-c@hop.ocn.ne.jp



岡山県訪問看護ステーション連絡協議会
モモッコボース