様式第３号

訪　問　看　護　計　画　書

　　　　 （在宅人工呼吸器使用患者支援事業用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | | |  | | | | 生年月日 | | （　　才） | | |
| 住所 | | |  | | | | 電話番号 | |  | | |
| 看護目標 | | | １　看護処置等  　　・バイタルサインチェック　・吸引　・疼痛緩和　・メンタルケア  　　・排尿コントロール　・その他（　　 　 ）  ２　家族看護への援助  　　・食事介助　・整容　・その他（ 　　　　　　 　　 ）  ３　その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | |
| 年　月　日 | | | 問題点等 | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
| 備　　考  　・医療保険による訪問看護の実施日程に○印を付け，(　)に回数を書いてください。 | | | | | | | | | | | |
|  | 項目 | 月 | | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | | 日 |  |
| 午前 | (　) | | (　) | (　) | (　) | (　) | (　) | | (　) |  |
| 午後 | (　) | | (　) | (　) | (　) | (　) | (　) | | (　) |  |
| ・その他 | | | | | | | | | | | |
|

上記の訪問計画に基づき訪問看護を実施いたします。

　令和　　　年　　　月　　　日

訪問看護ステーション等医療機関名

住　　　所

電　　　話

（ＦＡＸ）

管理責任者

徳　島　県　知　事　殿