

実施記録

回目 / 年度あたり7回

氏名		担当者					
利用日時	令和 年 月 日（ ） : ~ :						
バイタル	【来所時】 血圧 / mmHg SpO ₂ % 脈拍 回/分 呼吸 回/分 体温 °C		【帰宅前】 血圧 / mmHg SpO ₂ % 脈拍 回/分 呼吸 回/分 体温 °C				
	昼寝	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		入浴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	食事	<input type="checkbox"/> 経口摂取 内容：ミキサー・ペースト・その他 摂取量：主食 副食 <input type="checkbox"/> 注入食 内容： <input type="checkbox"/> 水分摂取		排泄	排尿 回 排便 回		
		療育	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		医療管理	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引（ 回） <input type="checkbox"/> 吸入（ ） <input type="checkbox"/> 酸素吸入・管理（ L/min） <input type="checkbox"/> 経管栄養管理 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 血糖値測定・インスリン投与 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 導尿（時間： ） <input type="checkbox"/> その他処置など （ ）	
	【備考】						
家族様からの伝達事項			職員からの伝達事項				

(事業所名)