

# 在宅版 総合記録シート

様 要介護度( ) 体重 kg (令和 年 月 日計測) <義歯> 上顎(総・部分・無)、下顎(総・部分・無)

令和 年	月 日 (日)					月 日 (月)					月 日 (火)					月 日 (水)					月 日 (木)					月 日 (金)					月 日 (土)									
受診機関																																								
食事 (10/8/5/3/0)	朝	主食 /10、副食 /10				朝	主食 /10、副食 /10				朝	主食 /10、副食 /10				朝	主食 /10、副食 /10				朝	主食 /10、副食 /10				朝	主食 /10、副食 /10				朝	主食 /10、副食 /10								
	昼	主食 /10、副食 /10				昼	主食 /10、副食 /10				昼	主食 /10、副食 /10				昼	主食 /10、副食 /10				昼	主食 /10、副食 /10				昼	主食 /10、副食 /10				昼	主食 /10、副食 /10								
	夕	主食 /10、副食 /10				夕	主食 /10、副食 /10				夕	主食 /10、副食 /10				夕	主食 /10、副食 /10				夕	主食 /10、副食 /10				夕	主食 /10、副食 /10				夕	主食 /10、副食 /10								
記入方法 【水分・尿】 量を記載 【便】 大・中・小 水様便(水) 軟便(軟) 硬便(硬) 【サービス】 ・通所介護(デイ) ・ヘルパー (ヘル) ・ショート (ショート) ・訪問看護 (訪看) ・訪問入浴介護 (入浴) ・小規模多機能 (多) ・訪問リハビリ (訪リハ) ・通所リハビリ (デイケア) ・訪問診療 (訪診)	時間	水分	尿	便	サービス	時間	水分	尿	便	サービス	時間	水分	尿	便	サービス	時間	水分	尿	便	サービス	時間	水分	尿	便	サービス	時間	水分	尿	便	サービス	時間	水分	尿	便	サービス					
	0					0					0					0					0					0					0					0				
	1					1					1					1					1					1					1									
	2					2					2					2					2					2					2									
	3					3					3					3					3					3					3									
	4					4					4					4					4					4					4									
	5					5					5					5					5					5					5									
	6					6					6					6					6					6					6									
	7					7					7					7					7					7					7									
	8					8					8					8					8					8					8									
	9					9					9					9					9					9					9									
	10					10					10					10					10					10					10									
	11					11					11					11					11					11					11									
	12					12					12					12					12					12					12									
	13					13					13					13					13					13					13									
	14					14					14					14					14					14					14									
	15					15					15					15					15					15					15									
	16					16					16					16					16					16					16									
	17					17					17					17					17					17					17									
	18					18					18					18					18					18					18									
	19					19					19					19					19					19					19									
	20					20					20					20					20					20					20									
	21					21					21					21					21					21					21									
	22					22					22					22					22					22					22									
23					23					23					23					23					23					23										
水分合計量/目標量	/					/					/					/					/					/														
尿 合 計 量																																								
定 期 薬	朝・昼・夕・寝る前					朝・昼・夕・寝る前					朝・昼・夕・寝る前					朝・昼・夕・寝る前					朝・昼・夕・寝る前					朝・昼・夕・寝る前														
その他の薬																																								
バイタル	時間					時間					時間					時間					時間					時間					時間									
	血圧					血圧					血圧					血圧					血圧					血圧					血圧									
	脈拍					脈拍					脈拍					脈拍					脈拍					脈拍					脈拍									
	体温					体温					体温					体温					体温					体温					体温									
保 清	口・手・足・陰・髪・入・更衣					口・手・足・陰・髪・入・更衣					口・手・足・陰・髪・入・更衣					口・手・足・陰・髪・入・更衣					口・手・足・陰・髪・入・更衣					口・手・足・陰・髪・入・更衣														
夜間の睡眠																																								
その他 (メモ)																																								

確認	生活状況	脱水	検討の必要	発熱	検討の必要	睡眠	検討の必要	健康状態	検討の必要
		目標摂取量の2割減	あり・なし	平熱から+0.5~1.0℃	あり・なし	昼夜逆転など	あり・なし	バイタルサインの変化など	あり・なし
		低栄養	検討の必要	尿・便	検討の必要	清潔	検討の必要	周辺症状の悪化	検討の必要
		通常の摂取量の2割減	あり・なし	便秘、痛み、排泄異常	あり・なし	入浴ができていないかなど	あり・なし	いつもと違った様子	あり・なし



区 分	普段と違う様子など、関係者に伝えたいこと	
	ご家族記入欄 <<ご家族 → 事業所等>>	事業所等記入欄 <<事業所等 → ご家族・事業所等>>
月 日 (日)		
月 日 (月)		
月 日 (火)		
月 日 (水)		
月 日 (木)		
月 日 (金)		
月 日 (土)		

先生からのご指導などがあればご記入ください