

訪問指導記録票

記録票番号:		訪問者:			
訪問日:		時間:	:	~	:
氏名:		フリガナ:			性別:
住所:					
生年月日:		年齢:			個人番号:
訪問事由:	<input type="radio"/> OK6合計_____点 <input type="radio"/> OPTSD(問6)2つ以上該当 <input checked="" type="checkbox"/> ※IES-R確認 <input type="radio"/> 飲酒量増加 <input type="radio"/> 朝や昼から飲酒 <input type="radio"/> 多量飲酒(週に_____回 日本酒にして合) <input checked="" type="checkbox"/> ※ドリンク確認 <input type="radio"/> 治療中断 <input type="radio"/> 独居高齢				
<p>①現在の健康状態</p> <p>* 受診状況→ 必要なし ・ 治療終了 ・ 繼続中 ・ 中断 <input type="checkbox"/>体調が良い。 <input type="checkbox"/>定期的に通院している。 <input type="checkbox"/>未受診・治療中断</p>					
<p>②不眠・食欲不振の有無</p> <p><input type="checkbox"/>ぐっすり眠れている <input type="checkbox"/>入眠困難() <input type="checkbox"/>中途覚醒(回:) <input type="checkbox"/>早朝覚醒 <input type="checkbox"/>熟睡感がない <input type="checkbox"/>おいしく食事がとれている(回/日)</p>					
<p>③心の状態(特にK6が高い時、背景)</p> <p><input type="checkbox"/>うつ状態(落ち込み・気力のなさ) <input type="checkbox"/>PTSD <input type="checkbox"/>AL ()ドリンク <input type="checkbox"/>その他</p>					
<p>④生活上の困難さの有無(経済面・介護サービスを要するか)</p>					
<p>⑤OK指標の該当 (相談相手) (月1回以上会う友人)</p> <p><input type="checkbox"/>相談できる人がいる。 <input type="checkbox"/>友人知人や親戚との行き来がある。 <input type="checkbox"/>サロンに参加している。 <input type="checkbox"/>楽しみや趣味がある。ストレス解消方法がある。 <input type="checkbox"/>社会活動に参加している。 <input type="checkbox"/>家族との関係が良好</p>					
<p>⑥その他</p>					
<p>* 助言したこと等</p>					
今後の方針:	終了 ・ 繼続 (/ 時 分 ; 訪問 ・ 来所 ・ TEL ・) 【 / ; 訪問時・カンファ・他 にて決定】				