

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:			
住所:							
生年月日:				年齢:			個人番号:
訪問事由:	○K6合計_____点 ○PTSD(問6)2つ以上該当 ※IES-R確認 ○飲酒量増加 ○朝や昼から飲酒 ○多量飲酒(週に____回 日本酒にして 合) ※ドリンク確認 ○治療中断 ○独居高齢						
①現在の健康状態 * 受診状況→ 必要なし・治療終了・継続中・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							
②不眠・食欲不振の有無 <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)							
③心の状態(特にK6が高い時、背景) <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							
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)							
⑤OK指標の該当 (相談相手____)(月1回以上会う友人____) <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							
⑥その他							
* 助言したこと等							
今後の方針:	終了・継続(____/____時 分 ; 訪問・来所・Tel・____) 【____/____; 訪問時・カンファ・他____にて決定】						