

看護の目標・指示

疾患名 病識

自立支援  
有・無  
手続きする人（  
申請はいつか（

住所  
電話

学校・仕事・他  
人生

ご本人が  
したいこと

病歴

主治医

通院・往診

小遣い・収入

ワーカー

好き・苦手・食事

入院先の候補

保険

手帳・障害支援区分

住居

受ける上での条件

今までに利用したサービスは？

日中活動

行政

病前の生活は？

週間の予定

	月	火	水	木	金	土	日
A M							
P M							

ヘルパー・ケアマネ

訪看への理解は？

生年月日：  
特徴：

キーマン

さん

出かける先は？

好き

苦手な事

必要な支援・課題

家族の希望

初回の連絡日

月 日 ( )  
:  
名  
TEL

情報提供先：

→ [ ] → [ ] → [ ] → [ ] → [ ] → [ ] → [ ]