

## 訪問看護の検討チェックシート

以下の項目に一つでも該当する場合は、訪問看護の利用について、ご検討ください。

検討項目	
現在の療養状況は？	
<input type="checkbox"/>	栄養状態：食事療法が必要、脱水を起こしやすい、誤嚥しやすい
<input type="checkbox"/>	排泄：排尿障害がある、排便のコントロールがうまくできない、浣腸や摘便が必要
<input type="checkbox"/>	清潔：入浴や清拭の介助が必要、口腔内の清潔保持ができていない
<input type="checkbox"/>	移動：介助が必要
退院後も継続する医療処置がある？	
<input type="checkbox"/>	インスリン療法等の自己注射
<input type="checkbox"/>	経管栄養
<input type="checkbox"/>	点滴
<input type="checkbox"/>	中心静脈栄養
<input type="checkbox"/>	創や褥瘡の処置
<input type="checkbox"/>	ストマケア
<input type="checkbox"/>	CAPD
<input type="checkbox"/>	尿路系管理（留置カテーテル、自己導尿、人工膀胱）
<input type="checkbox"/>	疼痛管理
<input type="checkbox"/>	在宅酸素療法
<input type="checkbox"/>	人工呼吸器（マスク式・気管切開下）
服薬の管理は大丈夫？	
<input type="checkbox"/>	うまく薬が飲めない
<input type="checkbox"/>	薬に対する理解が不十分であり、服薬が中断する心配がある
リハビリテーションは退院後も必要？	
<input type="checkbox"/>	自宅に帰ると、寝たきりや廃用症候群になりやすい
<input type="checkbox"/>	継続してリハビリが必要
介護（看病）を取り巻く、ご本人やご家族の状況はいかがでしょう？	
<input type="checkbox"/>	一人暮らし
<input type="checkbox"/>	日中は家族の方が不在等介護（看病）をする人がいない
<input type="checkbox"/>	家族の負担が大きい
<input type="checkbox"/>	在宅療養に対する本人・家族の不安が大きい
<input type="checkbox"/>	病状が不安定で、入退院を繰り返している
<input type="checkbox"/>	終末期を自宅で過ごしたいという希望がある