

室温 湿度	介護カルテ		水分 積算量	申し送り事項(医療面)
9	BP(_____ / _____)	_____ °C		受診の有・無 (内科・精神・歯科・外部) 医師の指示
10	おやつ			
11	巡視			薬剤の追加・変更 (有・無)
12	食事量 _____ / _____ cc	食欲 (有・無) ムセ(有・無)		
13	巡視			・日中排泄支援が必要ですか？(YES/NO) YESの場合→おやつ、食事前にトイレ誘導。 日中排尿・パット交換の目安は3~4時間に1回 日中最終排尿から△8時間で事務長に報告！
14	おやつ			・最終排便から△3日目以降？ (YES/NO) YESの場合→足上げ、階段、散歩等支援。
15	巡視			薬剤の提供(いつ・何を・担当者名)
16				
17				
18	食事量 _____ / _____ cc	食欲 (有・無) ムセ(有・無)		失禁・排泄ミスの状況・対応など
19				
20				
21				階段・散歩・お手伝い・レクなど
22				
23	巡視			
0				
1				申し送り事項(認知・精神面、拒否時の対応)
2	巡視			他者トラブル(有・無)、声掛け拒否(有・無)
3				
4	巡視			
5				
6				
7				
8	食事量 _____ / _____ cc	食欲 (有・無) ムセ(有・無)		申し送り事項(身体・健康面)

事故	日↓夜	最終排便	精神状態	健康状態	入浴	日中排便	その他
有・無		_____ / _____ 日	*	*	_____ Δ _____ 日	有・無	
報告書	夜↓日	口腔ケア	眠剤	入床	起床	睡眠の質	夜間排便
未・済		有・無	有・無	~	*	有・無	

* 欄には状態を総合的に判断して○良好(特変なし)・△あまり良くない・×よくないを記入。△・×を選択した場合は、その判断理由(原因や対応したこと)を申し送り事項欄に記入すること。