

伝票デザイン参考見本 歯科 1

義齒見積書 148×210mm (A5)

(医院控え)

御 見 積 書

年 月 日

氏名 様

商品名	単価	部位	数量	金額
ジルコニア	130,000			
メタルボンド	80,000			
金合金F C K	50,000			
金合金インレー	35,000			
グラディアインレー	40,000			
硬質レジン前装冠	45,000			
金パラF C K	35,000			
金パラインレー	30,000			
T E K(飯面)	1,000			
義歯				
金合金床	500,000			
チタン床	300,000			
コバルトクロム床	220,000			
サチュラルデンチャー	150,000			
ホワイトニング(片顎)	50,000			
上下顎	60,000			
レーザー照射(1回)	300			
その他				
小 計				

消費税は別途申し受けます。

合計金額(税込)¥

新製義齒指導說明書 148×210mm (A5)

新製義歯指導 説明書	
様 年 月 日	
★欠損の状態 — 欠損 〔上顎〕 ☐部分入れ歯 ☐総入れ歯 〔下顎〕 ☐部分入れ歯 ☐総入れ歯	★新製義歯の形状
義 歯 の 取 扱 い (総入れ歯) (部分入れ歯)	☐痛みがある場合、調整が必要です。早めにご来院下さい ☐初めは発音がにくいので声を出して発音訓練をして下さい ☐入れ歯は前歯で吸着しないよう、両側で同じように咬むよう努めて下さい ☐最初はいきなり物を小さくして、少しずつ、ゆっくり食べるようにして下さい ☐熱い食べ物に注意し、入れ歯に内側向きな食べ物を避けて下さい ☐入れ歯を長く長い状態で使用するには定期的な診査・調整が必要です ☐入れ歯を装着する場合は入れ歯を水で少しぬらして下さい ☐入れ歯をはずす時は入れ歯の前方部を粘膜側におしてからはずして下さい ☐調子が悪くても自分で附たりは絶対にしないで下さい ☐長く装着しないでよく、残存歯が移動して入れ歯がはらなくなりますが ☐入れ歯の着脱には無理な力をかけないで優しく取り替えて下さい ☐入れ歯を途中まで入れて吸込みながら押し込まないで下さい ☐その他 () ☐就寝時には入れ歯をはずして清掃し、容器内の水中に保管して下さい ☐入れ歯をよく清掃したうえで就寝時にも装着して下さい ☐その他 () ☐流水下で、歯ブラシなどを使って入れ歯を清掃して下さい ☐必要に応じて義歯清掃剤を使用して下さい ☐研磨剤は使用しないで下さい (総入れ歯) ☐毎食後および就寝時には必ず歯ブラシで口腔内の粘膜も清掃して下さい ☐食べかすが口腔内から除去するためによく洗って下さい (部分入れ歯) ☐金属のバネがついている部分は汚れが残り易いので入念に行って下さい ☐入れ歯後および就寝時には必ず歯ブラシで自分の歯もブラッシングして下さい ☐入れ歯に接する部分は特に入念に行って下さい ☐その他 ()
保健医療機関名 担当歯科医師氏名	

技工指示カード 148×105mm (A6)

技工指示カード				
医院名 		患者名 		
受 付	月	日	自費・保険	
次回予約	月	日	完成・試戴	
	時	分		
メタボン・硬レジン 製フルクラウン(単・連) インレー・アンレー		ブリッジ		備考
作 業		対合歯 有・無		
コパ Tek HJK		シェード		
ローマ 個人ドレー マウント		モールド		
デンチャー(フル・パースナル)		再 製		
金属床 その他				
金 Pd Au 属 PG-28 M-3 18K		備 考		
その他				

齒科技工士指示書 148×105mm(A6)

	歯科医院様		
	義歯・B・T床・T・F・S e t レジン・ポリカーボ・修理・他		
	金属床・T・F・S e t スタル 他		
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
設	計	注意	
	Kr	Age	男 女
	MAGIC・LABO	発注 / ~ 納品 /	AM PM
	時		

齒科技工士指示書 182×128mm(B6)

	相談—相談経過	相談—保留	相談—装置製作
	装置製作依頼	修理	

ふりがな _____ 歳 月 日 男・女

Imp 月 日 次回アポイント 月 日

上顎

レスト付 / 歯 レスト付 / 歯

下顎

レスト付 / 歯 レスト付 / 歯

平行 フラン

後方 前方

☐ 閉鎖型 ☐ 唇側縁のみ
☐ 縮小
☐ 舌唇縁去装置
☐ 咬合斜交装置 ☐ 閉鎖型 ☐ ソフトリテーナー
☐ 咬定装置

平行 後方

☐ 閉鎖型 ☐ 唇側縁のみ
☐ 縮小
☐ 舌唇縁去装置 第Ⅱ型
☐ 舌唇上装置 3×3スプリング
☐ 咬定装置 ソフトリテーナー

装置前後 下 _____

装置高 _____

注 _____

付 _____

休診日 日・月・火・水・木・金・土

ケースの希望 普通・車・青・ピンク・黄・クリア・黒

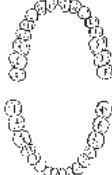
☐ 患者さんの主訴 治療目的の希望
☐ 上顎から ☐ 下顎から ☐ 上下同時に ☐ 希望なし ☐ 主訴のみ

Dr. からのコメント・治療計画

☐ 今回製作する装置は… 上顎／口留めて () 歯目 下顎／口留めて () 歯目
☐ 前回使用した装置は… 上 下 平行・フラン・前方・後方・唇・縮・サンド・その他

その他 口唇木への質問 口技工士へのコメント

齒科技工制作指示書 105×148mm (A6)

齒科技工作成指示書			
齒科医院様			
患者名 _____		男 女 才	
発行年月日 _____		Dr _____	
納品日時 _____		年 月 日 時 分	
補綴物種類 _____		試着、完成	
色調 _____		連結・単独	
使用材料 _____		ゴールド・バラ、ミロ・ニッケル・コバルト 健保・自費	
部位 _____		設計・作製方法	
			
担当者 _____		キヤスト、ワイヤー バー、補強線 有、無	

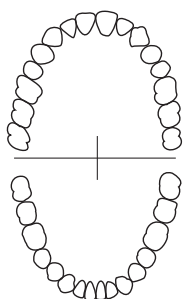
縮尺 50 %

破線枠内が名入れ位置となります。

歯科技工指示書 210×297mm(A4)

担当医への施術依頼書 182×257mm(B5)

訪問歯科衛生指導書 182×257mm(B5)補綴物製作齒科技工指示書 182×257mm(B5)

補綴物作製指示書	
	歯科医院 年 月 日
氏 名	男・女(才) 有 髓 ・ 無 髓
アポイント	月 日 曜日 AM PM 時 分
補 綴 物 名	コンタクト： バイト：
使 用 材 料	シェード
設計 	作成指示 単 連 削・モクイ可/不可

伝票デザイン参考見本

建築 1

施工証明書 148×105mm (A6)

施工証明書 控

様

年 月 日

施工時間 時 分～ 時 分

施工者

品 名

数 量

単 価

現場名・確認印

作業伝票 148×105mm (A6)

作業伝票

平成 年 月 日

サイン

現場名

種 別

AS/CC

深さ cm

数量 m

単 価

金 額

作業時間

AM

PM

:

AM

PM

:

計

備考

作業者名

作業伝票 148×105mm (A6)

作業証明書

年 月 日

店 名

現場名

自

至

出 面 人 員

時 分

時 分

人

人 区 時間

時 分

時 分

人

人 区 時間

作業内容

証 明 印

作業員氏名

係

員

職

長

工事日報 148×105mm (A6)

工事日報

平成 年 月 日 ()

御 中

記入者名

現 場 名

作 業 員 名

工 数

残 業

給 食

備考/サイン

合 計

工事常用日報 182×128mm (B6)

常用日報

業者用

年 月 日 ()

元請名

監督員名

印

工事名

担当者

職種

氏名

作業時間

早出

残業

作業内容・使用資材・使用機材

計

工事作業証明書 105×148mm (A6)

工事作業証明書

年 月 日

承認印

お得意様名

殿 現場名

No.

作業者名

作業時間

早出

残業

作業種別

合計

名

残業合計

時間

土工

運転手

とび

その他

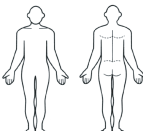
工事完了確認書 182×257mm(B5)

会 社 控	
工事完了確認書	
契約者（私）は平成 年 月 日、下記工事が完了したことを確認します。	
工事名及び内容	
特記事項	
平成 年 月 日	
ご契約者	お名前 (印)
	ご住所
	TEL
同意確認者 上記の工事確認について、契約者本人の承諾の上、私も同意します。	
	同意者氏名 (印) 契約者からみた続柄
	住 所
工事請負（元請者）	営業担当 _____ 工務担当 _____
信 販 会 社 名	
完工確認希望日 月 日 (AM・PM) : ~ :	
契 約 書 番 号	
工 番	

介護 1

訪問看護記録 182×257mm(B5)

実務実績表 182×257mm(B5)

訪問看護記録Ⅱ		ステーション用	
利用者氏名		様 担当看護師	
年 月 日 () : ~ : (看1・看2・看3・複・医・特)			
概 環	体温 ℃ 脈拍 回/分 (不整 無・有) 血圧 mmhg 浮腫 活気 (有・無) 顔色 (良・不良) コミュニケーション	☐ 病状観察	皮膚トラブル (無・有) 痒痒感 (無・弱・強) ☐ 清拭 (全身 部分) ☐ 部分浴 (手 足 陰部) ☐ 入浴 シャワー浴 ☐ 洗髪 ドライシャンプー ☐ 足浴 爪切り 耳垢除去 ☐ 口腔ケア ☐ 衣類の着脱の援助 寝衣交換 オムツ交換
	呼吸数 回/分 S.p.O ₂ % 呼吸困難 (無・有) 肺陰影 (無・有) 痰 (無・有) 咳	☐ 安楽な呼吸、様態、呼吸法指導 ☐ 在宅酸素療法のチェック (/分) ☐ 人工呼吸器のチェック ☐ 気管カニューレ観察、処置 ☐ 吸引	
食 事	食欲 (有・無) 食事量 (少・普・多) 水分量	☐ 栄養・水分指導 ☐ 食事介助 ☐ 経管栄養・中心静脈栄養の管理	その他 ☐ 健康増進 飲み忘れ (有・無) ☐ 服薬指導 ☐ 内服指導 ☐ 注射指導 ☐ 処置 処置内容 ☐ 緩和ケア ☐ 緊急時の対応 ☐ その他
便秘 (熟・普・浅・不) 腸 剤	☐ 腸液 (性状) 量 (ml) ☐ 排便回数(直肠カテルの位置、交換 (Fr oc 固定)) ☐ 腹圧測定 ☐ 腹部マッサージ ☐ 洗腸 (cc) ☐ 便秘 ・反応便 (性状) 量 : ・ガス ☐ 人工肛門ケア		
排便 最終排便 (日 (一 日 目)) 性状 (無・有) 腹痛 腸蠕動 (弱・普・亢) 下剤	☐ 排便指導 ☐ 移動・移乗・歩行等の介助 ☐ 本人・家族への教育指導 ☐ 相談 相談 ☐ 緩和ケア ☐ 緊急時の対応 ☐ その他		
その他 体重 kg 腰圍 cm 血糖値 mg/dl	☐ 体重測定 身体部分の計測 ☐ 血血糖の測定		
褥瘡・創傷・浮腫等 	☐ 褥瘡・創傷の処置 部位 : サイズ : 状態 : 疼痛 (無・有) 発赤 (無・有) 浸出液 (無・有) 処置内容 : 経過 : 発治・改善・平行・悪化 ☐ リハビリテーション・マッサージ ☐ 関節可動域訓練 ☐ 筋力・ストレッチ ☐ 起立動作訓練 ☐ 座位転換訓練 ☐ 起立訓練 ☐ 歩行訓練 ☐ 移動動作訓練 ☐ 床ずれ訓練 ☐ 日常生活動作訓練 ☐ 外出訓練 ☐ 呼吸リハビリ ☐ 高次脳機能訓練 ☐ 嚥下訓練 その他	計画 : 続行 ・ 変更	
☐ 飲食品布			
備考	サイン欄		
次回訪問日 月 日 () 頃			

ヘルパー活動報告書 182×257mm(B5)

ヘルパー活動報告書										
利用者名	様 担当者名					同行			利用者印	
期 間	年	月	日()	大気()	:	~	:	同 行	☐ 予防	
要 介 護	身 体()	生 活()	要 支 持		☐ I	☐ II	☐ III	行政の受託	☐ 自由契約	
記 録	5	分	表座(良・普通・不) 食飲(良・普通・不)					℃ / P =		
バイタルチェック	分脈色() 痛み(有・無)									
食 飲 水	全介助一部介助見守り () ()					嚥下(良、やや不)ムセ(+/-)				
事 食 事	全介助一部介助見守り(主 副)					咀嚼(良、やや不)				
トイレ全助	内容 トイレ+Pトイレ(全介助一部介助見守り)					失禁(便・尿) /回				
排泄おむつ交換	全身、パットののみ紙/Pシート、陰部洗浄・清拭									
全 身 浴	全介助一部介助見守り									
シャワー浴	全介助一部介助見守り									
部分入浴	手洗・足洗									
着 替 拭 拭	全身体(顔・手・足・上半身・下半身)									
皮膚観察	発 赤(有・無)場所()									
保 持	傷 (有・無)場所()									
	大きさ CM× CM									
	侵襲度(+/-) 腫れ(+/-)									
	痒み(+/-) 出血(+/-)									
着 脱 衣	全介助一部介助見守り									
上 半 身	全介助一部介助見守り									
下 半 身	全介助一部介助見守り									
口 唇 面	縦入れ歯一部分入れ歯(清潔・汚著)									
歯 肉	全介助一部介助見守り 硬し(+/-)									
ア ー 牙 い	分口内清拭(+/-) 食物残さ(+/-)									
体 位 変 換	側臥位・仰臥位・立位									
移 動 移 乗	ギョージャップ(+/-)端座位(+/-)					(全介助一部介助見守り)				
移 動 移 乗	Pトイレ車椅子・車・椅子・シルバーカー									
テ ィ の	履歩・杖持ち・つままり歩き									
送 り 出 し	戸締り確認(O・X)									
外 出	歩行介助・車椅子・車・その他()									
服 薬 認	全介助一部介助見守り									
軟膏塗布	処置の指示に元(全介助一部介助見守り)									
共に行う	掃除・洗濯・調理()									
自 立 の 機	分その他()									
調 理	分									
生 活 操 縦	居室内・トイレ・ゴミ捨てその他()					(金銭取扱)				
洗 濯	洗濯機・干す・取り入れ・整理					確 証 印				
パッド交換	シーツ交換・ベッドメイク					用 途 預かり金 ¥ 預け出し金 ¥ 残 金 ¥				
進 院 介 助	内容 HPP 科 種 Dr									
装 束 の 受 取	分内容									
コミュニケーション										



担 任 責 任 者 印

訪問看護指示書 182×257mm(B5)

医療機関(控)

☐ 訪問看護指示書
☐ 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書に√点を付けて下さい。

訪問看護指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
 点滴注射指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	姓 年 月 日 期・大・昭・平 年 月 日 (歳)																																			
患者住所	電話 () - ()																																			
主たる傷病名	(1)					(2)					(3)																									
現在の状況	病状・治療状況																																			
	投与中の薬剤の用量・用法	1.				2.				3.				4.																						
		5.				6.				7.				8.																						
	日常生活自立度	寝たきり度		J 1		J 2		A 1		A 2		B 1		B 2		C 1 C 2																				
	認知症の状況	I		II a		III a		III b		IV		M																								
	介護療養の状況	要介護		要介護 (1		2		3		4		5)																								
褥瘡の深さ	N		F		A		P		分		重症		D		E		F		G		N		分		D		3		D		4		D		5	
装着・使用医療機器等	1. 自動脈波濃度装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (/ min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養(経鼻・胃管・サイズ、日に1回交換) 8. 留置カテーテル(サイズ、日に1回交換) 9. 人工呼吸器(簡圧式・簡圧式・設定、日に1回交換) 10. 気管カニューレ(サイズ) 11. ドレーン (部位、) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. その他 ()																																			
留意事項及び指示事項	1 療養生活指導上の留意事項																																			
II	1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他																																			
在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)																																				
緊急時の連絡先 不在時の対応法																																				
特記すべき留意事項(注：薬の相互作用・副作用についての留意点、薬剤アレルギーの既往等があれば記載して下さい)																																				
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有：指定訪問看護ステーション名)																																				

上記のとおり、指示いたします。

医療機関名
住
電
話
(FAX、)
医師 氏 名

平成 年 月 日
 印

縮尺45%

破線枠内が名入れ位置となります。

伝票デザイン参考見本 介護 2

サービス利用確認書 210×148mm (A5)

サービス提供日時				年	月	日()	時	分	～	時	分	予定 金額	有・無			
介護保険 適用サービス				身体介護()		保険外 サービス	☐ 自費	事前 後 口顔色・発汗・体温等() 口嗅気異臭・口咽部相談、話し相手・記録など) 確認(元・電気・水道・戸締り)								
				生活援助()			☐ その他									
				介護予防訪問介護												
身 体 介 護	排泄介護	トイレット介護	PTイレ介護	口腔器介護	cc	生 活 支 援	清 掃	口器・覆き・台所・トイレ・P・トイレ・浴室 口ゴミ出し								
	食事サポート	全介助	一部介助	見守り			水分補給	洗 濯	口洗濯 口乾擦(物干し) 口取り入れと取柄 アイロン掛け							
	身の回り の保管・整理	全身着脱	部分着脱	部分浴(手・足・顔部・臀部)			全身入浴(浴・シャワー浴)	水換え	口拭り(手・足)	履脱の手伝い	口シーツ・カバーの交換 口ベットメンテナンス 口カニとし					
	移動	口位位変換	口移車介助	口移動介助			口通院・外出介助	衣 類	口衣類の整理 口被服の修繕							
	起床就寝	口起床介助	口就寝介助					濯洗下着	口一般的な護理 口配下膳 口後片付け (スニーク)							
薬	服 薬	口服薬介護	口服薬補助	口外用薬()		助 買 物 等	口日常生活品の買物 口薬の受取り 買付金 買物 円＝ 円＝ あたり 円									
記 事																

ヘルパースタッフ

提供サービスの項目に○を記入いたします。

サービス実施記録 148×105mm (A6)

[illegible]

訪問介護記録書 257×182mm(B5)

【訪問介護記録書】（事業所控）				（氏名： _____）		（様）	
日付	HP名	開始時間	サービス内容		記録	印	
			身体介護	生活援助			
／	・	・	移乗、外出介助、排泄介助、全身洗 シャワー浴、手洗、足洗、湯拭、衣服交換 洗濯、洗濯介助、食事介助、水分補給 臨終介助、口腔ケア、自立支援に向け一緒に （調理、洗濯、整理、掃除、他） その他（ ）	掃除、調理、洗濯、配膳、 下着、買い物、薬の受け取り その他（ ）		㊦	
（ ）	・	・					
／	・	・	移乗、外出介助、排泄介助、全身洗 シャワー浴、手洗、足洗、湯拭、衣服交換 洗濯、洗濯介助、食事介助、水分補給 臨終介助、口腔ケア、自立支援に向け一緒に （調理、洗濯、整理、掃除、他） その他（ ）	掃除、調理、洗濯、配膳、 下着、買い物、薬の受け取り その他（ ）		㊦	
（ ）	・	・					
／	・	・	移乗、外出介助、排泄介助、全身洗 シャワー浴、手洗、足洗、湯拭、衣服交換 洗濯、洗濯介助、食事介助、水分補給 臨終介助、口腔ケア、自立支援に向け一緒に （調理、洗濯、整理、掃除、他） その他（ ）	掃除、調理、洗濯、配膳、 下着、買い物、薬の受け取り その他（ ）		㊦	
（ ）	・	・					
／	・	・	移乗、外出介助、排泄介助、全身洗 シャワー浴、手洗、足洗、湯拭、衣服交換 洗濯、洗濯介助、食事介助、水分補給 臨終介助、口腔ケア、自立支援に向け一緒に （調理、洗濯、整理、掃除、他） その他（ ）	掃除、調理、洗濯、配膳、 下着、買い物、薬の受け取り その他（ ）		㊦	
（ ）	・	・					
／	・	・	移乗、外出介助、排泄介助、全身洗 シャワー浴、手洗、足洗、湯拭、衣服交換 洗濯、洗濯介助、食事介助、水分補給 臨終介助、口腔ケア、自立支援に向け一緒に （調理、洗濯、整理、掃除、他） その他（ ）	掃除、調理、洗濯、配膳、 下着、買い物、薬の受け取り その他（ ）		㊦	
（ ）	・	・					
／	・	・	移乗、外出介助、排泄介助、全身洗 シャワー浴、手洗、足洗、湯拭、衣服交換 洗濯、洗濯介助、食事介助、水分補給 臨終介助、口腔ケア、自立支援に向け一緒に （調理、洗濯、整理、掃除、他） その他（ ）	掃除、調理、洗濯、配膳、 下着、買い物、薬の受け取り その他（ ）		㊦	
（ ）	・	・					
／	・	・	移乗、外出介助、排泄介助、全身洗 シャワー浴、手洗、足洗、湯拭、衣服交換 洗濯、洗濯介助、食事介助、水分補給 臨終介助、口腔ケア、自立支援に向け一緒に （調理、洗濯、整理、掃除、他） その他（ ）	掃除、調理、洗濯、配膳、 下着、買い物、薬の受け取り その他（ ）		㊦	
（ ）	・	・					
／	・	・	移乗、外出介助、排泄介助、全身洗 シャワー浴、手洗、足洗、湯拭、衣服交換 洗濯、洗濯介助、食事介助、水分補給 臨終介助、口腔ケア、自立支援に向け一緒に （調理、洗濯、整理、掃除、他） その他（ ）	掃除、調理、洗濯、配膳、 下着、買い物、薬の受け取り その他（ ）		㊦	
（ ）	・	・					



サービス利用確認書 182×128mm(B6)

ヘルパー活動記録票		主任	担当	分組	入力

年 月 日 ()
 様 () ~ (:)

担当

1. 健康チェック ☐ 血 圧 () ☐ 脈 拍 () ☐ 検 温 () ☐ 血 赤 ☐ 舌 湿	3. 与薬の補助 ☐ 口薬介助 ☐ 点 眼 ☐ 点 鼻 ☐ 点 耳	6. 排 泄 介 助 ☐ オムツ ☐ パット ☐ フラット ☐ トイレパン ☐ トイレ ☐ 尿 器 ☐ ノーチャットトイレ ☐ 尿 (部) ☐ 糞 (部) ☐ 量 (小・中・大) ☐ 状 (軟・硬・緩)	8. 調 理 ☐ 調 理 ☐ 配 膳 ☐ 下 膳 9. 身 洗 ☐ 面 洗 ☐ 髪 洗 ☐ 歯 磨 ☐ 所 洗 ☐ トイレ ☐ 足 洗 ☐ 手 洗 ☐ 所 洗 ☐ その他
2. 保 護 ☐ 入 浴 ☐ 洗 髪 ☐ 全身拭拭 ☐ 部分拭拭 ☐ 足 浴 ☐ 手 浴 ☐ 歯 磨 ☐ 耳掃除 ☐ 洗 顔 ☐ 爪切り ☐ 洗 顔 ☐ 髭剃り ☐ 衣類着脱介助 ☐ 脚 洗 ☐ その他	4. 外介介助 ☐ 歩 行 ☐ 車椅子 ☐ 通 院 ☐ 買い物 ☐ その他	5. 身体・移動介助 ☐ 移 動 ☐ 移 動 ☐ 移 乗 ☐ 移 行 ☐ 移 行補助 ☐ 水介補助 ☐ 水介補助	10. その他の家事補助 ☐ 買い物 ☐ 洗濯等 ☐ 洗 濯 ☐ 洗濯機干し・乾燥 ☐ 取り入れ ☐ 乾 修 ☐ 布団干し ☐ ベットメイク ☐ リネン交換 ☐ 相触・結し相干 ☐ 足出し ☐ 手押車 ☐ 車庫入り ☐ その他

備考

確認印

サービス提供記録簿 182×128mm(B6)

サービス提供記録簿						NO.	
利用者氏名		性別	利用看護職員	提供日	年	月	日()
訪問時間 サービス区分		～		ヘルパー氏名	⑧ ● 本人直通 ● 同行		
身体介護 □ サービス事業所、記録等（健康チェック、環境整備、相談援助、情報収集の提供、サービス提供後のフォロー等） ☐ 康復活動（トイレ利用、ボタフットリレ、服薬利用、おむつ交換） 座（多量・少量、普通）、寝（多量・少量、普通） ☐ 食料供給（全部・一部、受け取り）配膳、下膳、後片付け ☐ 車椅子の搬送をもちける行方調整 ☐ 清潔（全身・一部） ☐ 洗濯等 ☐ 入浴（全身・部分） シャワー浴・湯治（ ） ☐ 口腔ケア（歯磨き・義歯洗浄） その他（ ） ☐ 身体装具（杖類、装束の手入れ） 付与し、その他（ ） 生活援助 ☐ 掃除（掃帚、簸箕、箕、白布・トイレ用ティッシュペーパー、拭紙） 洗濯、後片付け・ゴミ出し その他（ ） ☐ 衣類（洗濯、手洗い、ランドリー等）着払い、脱に限り、返納 ☐ アイロン掛け ☐ 日常生活の買物、物品（金銭、品物） ☐ 一般物の運搬（配達） 洗濯、下膳、食器洗ひ ☐ 日常メイク（化粧・整容等） 布着せし、取返し ☐ 課題（火元、電気、騒音等） ☐ その他（ ）							
☐ 更替介助 ☐ 自立支援のための関与の補助 ☐ その他				特記事項 			
				サービス提供責任者 印			