

看護師同行訪問報告書

作成日 (年 月 日)

事業所名

住 所

担 当 者

被保険者番号								
氏 名	生年月日					年 齢		性 別
	昭和	年	月	日	生		歳	

	前回訪問 (年 月 日)	同行訪問 (年 月 日)
訪問時の状況 (同行訪問が必要と判断された対象者の課題等)		
面談内容		
関係機関への 連絡・対応等	☐ 緊急連絡先への連絡	☐ 緊急連絡先への連絡
	(対応者) (続柄)	(対応者) (続柄)
	(連絡内容及び対応等)	(連絡内容及び対応等)
	☐ あんしんケアセンターへの連絡	☐ あんしんケアセンターへの連絡
	☐ 健康課への連絡	☐ 健康課への連絡
	(対応者)	(対応者)
	(連絡内容及び対応等)	(連絡内容及び対応等)
	☐ 病院、救急、警察等への連絡	☒ 緊急連絡先への連絡
	(対応者)	(対応者)
	(連絡内容及び対応等)	(連絡内容及び対応等)

[看護師との同行訪問の結果を受けたその後の対応、訪問サービス提供時の注意点等]