

訪問看護指示書

指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名			生年月日 : 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
患者住所	〒 -		電話 () -
主たる傷病名			
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態		
	投与中の薬剤の用法・用量		
	日常生活	寝たきり度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
	自立度	認知の状況	自立 I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M
	要介護認定の状況		非該当 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)
	褥瘡の深さ		NPUAP分類 (III度 ・ IV度) DESIGN分類 (D3 ・ D4 ・ D5)
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 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・胃ろう : チューブサイズ 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位 : サイズ : 日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定) 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			
I 療養生活指導上の留意事項			
II			
1. リハビリテーション			
[理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり20・40・60・()分を週()回 注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載]			
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. 感染症の有 () ・ 無			
5. その他			
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、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等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 (有 ・ 無)			
指定訪問看護ステーション名:			
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (有 ・ 無)			
訪問介護事業所名:			

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示致します。 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(F A X)

医 師 氏 名

印

