訪問看護指示書

指示期間（ 平成　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 ）

患者氏名		生年月日 ： 明・大・昭・平　　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			
日常生活自立度 寝たきり度	自立　J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2		
日常生活自立度 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
　　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。　　平成　　年　　月　　日

医療機関名
住　　所
電　　話
（ＦＡＸ）
医師氏名　　印

指定訪問看護ステーション