

訪 問 看 護 指 示 書

訪問看護指示期間 (年 月 日 ～ 年 月 日)

入所者氏名		生年月日	年	月	日 (歳)	
入所者住所	電話 () -					
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)			
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態					
	投与中の薬剤の用量・用法	1.	2.	3.	4.	
		5.	6.			
	日常生活自立度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2
		認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa
			IIIb	IV	M	
		要介護認定の状況	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 (l/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・胃瘻 : 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. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. 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)						
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						
緊急時の連絡先 不在時の対応						
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・随時対応型訪問看護及び複合型サービス利用時の留意事項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)						
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有 : 訪問介護事業所名)						

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

事業所名 訪問看護ステーション しおり 殿