

訪問看護指示書

指示期間 (20 年 月 日 ~ 20 年 月 日)

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日生 (歳)		
患者住所	電話() -							
主たる傷病名								
現在の状況	病状・治療状態	ヤール分類 Stage 生活機能障害度 度						
	投与中の薬剤の用法用量	□別添						
※該当項目に○	日常生活自立度	寝たきり度	J	A	B	C		
		認知症の状況	無し	I	II	III	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 (/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:チューブサイズ、 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 (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 (<input type="checkbox"/> 理学療法士 Or 作業療法士 ・ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 40 ()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. 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・随時対応型訪問看護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)								

上記の通り、指定訪問看護の実施を指示する。

20 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
F A X
医 師 氏 名

印