

# 訪問看護指示書

訪問看護指示期間 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	(1)	(2) (3)
(該現在項の目状に況○など)	病状・治療状態	
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6. <span style="float: right;">□別紙添付</span>
	日常生活自立度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
	認知症生活自立度	I II 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 (該当番号に○印)	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		
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		
不在時の対応法		
特記すべき事項 (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等があれば記載してください。)		
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)		

上記のとおり、指示する。

平成 年 月 日

医療機関名:  
住所:  
電話:  
FAX:  
医師氏名

印