

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	B 1 B 2 C 1 C 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 (1 /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・随時対応型訪問介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) 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

介護保健施設名

住 所

電 話

(FAX.)

介護保健施設医師氏名

事業所名

殿