

# 訪問看護指示書

指示期間 (      年    月    日～      年    月    日)

患者氏名		生年月日	西暦	年	月	日生 (    歳)	
患者住所	電話(      )      -						
主たる傷病名							
現在の状況  ※該当項目に○	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	J	A	B	C	
		認知症の状況	無し	I	II	III	IV
	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 [ 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 (注: <u>介護保険の訪問看護を行う場合に記載</u> ) ] 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いたします。

年    月    日

医療機関名  
住    所  
電    話  
F A X  
医 師 氏 名

印