

訪 問 看 護 指 示 書

訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)			
患者住所	電話 () -					
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)			
傷病コード						
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	自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2			
		認知症の状況	自立 I II a II b III a III b 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. 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)						
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						
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)						

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

指定訪問看護ステーション
千葉県成田市新町 1037-63
成田訪問看護ステーション玲光苑
TEL 0476 (22) 2566
FAX 0476 (23) 7178

医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医師氏名

印