

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) | | | |
| 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 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 (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) 7156

医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医師氏名

印