

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	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)							
患者住所	電話() -									
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)							
傷病名コード										
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 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
		認知症の状況	無し	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		D 3	D 4	D 5
	重症児(者)・準超重症児(者)判定基準				スコア 点					
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										
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> 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 </div>										
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)										
たん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、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

株式会社 ShiN 殿

