**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 | Ｊ１　　 Ｊ２　　Ａ１　　Ａ２　　Ｂ１　　Ｂ２　　Ｃ１　　Ｃ２ | | | | | |
| 認知症の状況 | 無し　 　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 | | | | | | |
| 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  　　　　　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(ＦＡＸ)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 　 　　　　　 印

　　　 株式会社　ShiN　　　　殿

**訪問看護指示書**

施設利用者用

　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 | Ｊ１　　 Ｊ２　　Ａ１　　Ａ２　　Ｂ１　　Ｂ２　　Ｃ１　　Ｃ２ | | | | | |
| 認知症の状況 | 無し　 　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 | | | | | | |
| 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  　　　　　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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護老人保健施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　　話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(ＦＡＸ)

　　　　　　　　　　　　　　　　介護老人保健施設医師氏名 　 　　　　　 印

　　　 株式会社　ShiN　　　　殿