

# 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	年	月	日 ( 歳)	
患者住所	電話 ( ) -					
主たる傷病名						
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	J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2			
		認知症の状況	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 ( 1 / 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. 人工肛門    12. 人工膀胱    13. 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 40分・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. 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、定期巡回・随時対応型訪問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 )						
たんの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、指示いたします。

年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
(FAX.)  
医 師 氏 名

事業所名    ハレ\*訪問看護リハビリステーション    殿