**訪問看護指示書**

訪問看護指示期間（日付選択　～　日付選択）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者コード | |  | | | | | 生年月日　　　　　年 　　月 　　日　（　　　歳） | |
| 患者氏名 | |  | | | | |
| 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・治癒  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　J1 J2　A1 A2 B1 B2 C1 C2 | | |
| 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 | | | | | DESIGN分類　D3 D4 D5　NPUAP分類　Ⅲ度　Ⅳ度 | | |
| 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：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.人口呼吸器（陽圧式・陰圧式：設定　　　　）  10.気管カニューレ（サイズ　　　）  11.人口肛門　　　　12.人口膀胱　　　　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  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 | | | | | | | | |
| 在宅患者訪問点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等） | | | | | | | | |
| 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ください。） | | | | | | | | |
| 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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年 　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関名 |  | |
| 住所 |  | |
| 電話 |  | |
| (ＦＡＸ) |  | |
| 医師氏名 |  | 印 |
| 野方駅内科訪問看護ステーション  事業所 | 殿 |