

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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
		認知症の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	要介護認定の状況	要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)				
褥瘡の深さ	DESIGN 分類 <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> D5 NPUAP 分類 <input type="checkbox"/> III度 <input type="checkbox"/> IV度					
装着・使用 医療機器等	<input type="checkbox"/> 1.自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 2.透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 3.酸素療法(1/min) <input type="checkbox"/> 4.吸引器 <input type="checkbox"/> 5.中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 6.輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 7.経管栄養 (経鼻・胃瘻:チューブサイズ、 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 8.留置カテーテル (サイズ 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 9.人口呼吸器 (陽圧式・陰圧式:設定) <input type="checkbox"/> 10.気管カニューレ (サイズ) <input type="checkbox"/> 11.人口肛門 <input type="checkbox"/> 12.人口膀胱 <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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

事業所

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印

野方駅内科訪問看護ステーション

殿