

# 訪問看護指示書

訪問看護指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日)

入所者氏名			生年月日	年	月	日 ( 歳)	
入所者住所	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	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 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 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. 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

介護保健施設名

住 所

電 話

(FAX.)

介護保健施設医師氏名

事業所名

殿