

# 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	年 月 日生 ( 歳)					
患者住所				電話	-	-				
主たる傷病名										
現在の症状 (該当項目にレ点等)	病状・治療 状 態									
	投与中の 薬 剤 の 用量・用法									
	日常生活 自 立 度	寝たきり度	<input type="checkbox"/> J 1	<input type="checkbox"/> J 2	<input type="checkbox"/> A 1	<input type="checkbox"/> A 2	<input type="checkbox"/> B 1	<input type="checkbox"/> B 2	<input type="checkbox"/> C 1	<input type="checkbox"/> C 2
		痴呆の状況	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	
	要介護認定の状況		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )							
	褥瘡の深さ		NPUA 分類( ) <input type="checkbox"/> III度 <input type="checkbox"/> IV度 DESIGN 分類( ) <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> D5							
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 ( /min) <input type="checkbox"/> 4.吸引器 <input type="checkbox"/> 5.中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 6.輸血ポンプ <input type="checkbox"/> 7.経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 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.人工呼吸器 ( <input type="checkbox"/> 陽圧式 <input type="checkbox"/> 陰圧式: 設定 <input type="checkbox"/> 10.気管カニューレ (サイズ ) <input type="checkbox"/> 11.ドレーン (部位: ) <input type="checkbox"/> 12.人工肛門 <input type="checkbox"/> 13.人工膀胱 <input type="checkbox"/> 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 (屋外歩行: <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可) 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 ( <input type="checkbox"/> 20・ <input type="checkbox"/> 40・ <input type="checkbox"/> 60) 分を週 ( <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3) 回 2. 褥瘡の処置等  3. 装着・使用医療機器等の操作補助・管理  4. その他										
緊急時の連絡先 : ( <input type="checkbox"/> 夜間・ <input type="checkbox"/> 休日・ <input type="checkbox"/> 不在時 ) :										
感染症の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )								
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歴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 ) 痰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: 指定訪問看護ステーション名 )										

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示します。

年 月 日

24QQ 訪問看護ステーション  
ご担当者様

医療機関名  
住 所 〒  
電話・FAX  
医 師 氏 名

TEL: FAX:

