

# 訪 問 看 護 指 示 書

訪問看護指示期間（令和 年 月 日 ～令和 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	(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	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		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（ l/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。

令和 年 月 日

医療機関名：

住 所：

電 話：

（ F A X ）

医師氏名：

事業所名 訪問看護ステーション リアン 殿