

# 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	様	生年月日 年 月 日（ 歳）								
患者住所	電話 ー									
主たる傷病名	(1)	(2)				(3)				
医療コード	(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									
	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( 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。

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