(訪問看護ステーション用)

記入例

訪 問 看 護 指 示 書

↓６か月を限度 に記入が可能です

訪問看護指示期間　２８年　７月　１日～　２８年１２月３１日

患者氏名	○○　○○	生年月日	明・大・(昭)・平 ○○年 ○月○ 日生(○○歳)
患者住所	〒364-0014 北本市二ツ家 3-183　電話 048-591-2380		
主たる傷病名	(1) ○○○○○○○　(2) ○○○○○○○　(3) ○○○○○○○ ※悪性腫瘍の場合は末期なのか否なのかご記入ください。パーキンソン病は Yahr の 重症度分類 生活機能障害度 をご記入ください		

現在の状況（該当項目に○等）		
病状・治療状態	○○○○○○○があり、○○○○○○○が見られる。 ○○○○○○○○○○○○○○○のため、○○○○○○○○○予定。	
投与中の薬剤の用量・用法	1．○○○○(朝・夕食後)　2．○○○○○(毎食後) 3．○○○○(毎日１回塗布)　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	DESIGN分類　D３　D４　D５　NPUAP分類　Ⅲ度　Ⅳ度	
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/m in） 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：16Fr　サイズ　、14　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.)浣腸　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
日常生活動作訓練、ADL 維持

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　○○○○病院○○医師　048-000-0000　携帯電話 090-0000-0000
不在時の対応法　留守番電話にて対応

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など、サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)
身体の筋緊張が強く拘縮等があるため、看護師１名での対応困難と思われますので、複数名で対応してください

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　）

複数の訪問看護ステーションを利用する場合にはその訪問看護ステーション名を記入してください

上記のとおり、指示いたします。

28 年　7月　1 日
↑交付年月日は訪問看護指示日またはそれ以前の日付で記入してください

医療機関名　桶川北本伊奈クリニック
住　　所　〒364-0014 北本市二ツ家 3-183
電　　話　048-591-2380
（ＦＡＸ.）
医師氏名　桶川　太郎　桶川印

押印のないものは無効ですので必ず押印してください

桶川北本伊奈地区医師会
訪問看護ステーション　殿