

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 | 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳) | | | | | |
| 患者住所 | | | | | | 電話() - | | |
| 主たる傷病名 | | | | | | | | |
| 現在の状況 ※該当項目に○ | 病状・治療状態 | | | | | | | |
| | 投与中の薬剤の用法用量 | | | | | | | |
| | 日常生活自立度 | 寝たきり度 | J | A | B | C | | |
| | | 認知症の状況 | 無し | I | II | III | 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 (/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:チューブサイズ、日に1回交換) 8.留置カテーテル (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.ドレーン (部位:) 12.人工肛門 13.人工膀胱 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 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. 感染症の有 ()・無 5. その他 | | | | | | | | |
| 緊急時の連絡先 | | | | | | | | |
| 不在時の対応法 | | | | | | | | |
| 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等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) | | | | | | | | |

上記の通り、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
F A X
医 師 氏 名

印

桶川北本伊奈地区医師会
訪問看護ステーション

殿