

訪問看護指示書

指示期間（令和 年 月 日～ 年 月 日）

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 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 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（注：介護保険の訪問看護を行う場合に記載） 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、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 ）							

上記の通り、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
F A X
医 師 氏 名

印