

訪問看護指示書

いずれかに○ (1 2 3 4 5 6 月)

訪問看護指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	様 生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日										
患者住所								電話番号:			
主たる傷病名											
現在の状況	病状・治療状態										
	投与中の薬剤の用法・用量	1.	5.	9.							
		2.	6.	10.							
		3.	7.	11.							
		4.	8.	12.							
	日常生活	寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
	自立度	認知症の状況	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> III度	<input type="checkbox"/> IV度	DESIGN分類		<input type="checkbox"/> D3	<input type="checkbox"/> D4	<input type="checkbox"/> D5
装着・使用医療機器等	1.自動腹膜灌流装置		8.酸素療法 (l/min)								
	2.透析液供給装置		9.経管栄養 (経鼻・胃瘻 / サイズ: , 日に1回交換)								
	3.吸引器		10.留置カテーテル (サイズ: , 日に1回交換)								
	4.中心静脈栄養		11.人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 / 設定:)								
	5.輸液ポンプ		12.気管カニューレ (サイズ:)								
	6.人工肛門		13.ドレーン (部位:)								
	7.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											
1, バイタルサイン			4, 便通コントロール								
2, 清潔の保持			5, 呼吸状態								
3, 褥瘡の予防、早期発見			6, 食事摂取量								
II											
1. リハビリテーション											
2. 創処置等 (処置内容: 軟膏塗布 ガーゼ保護 皮膚被覆材貼付保護 その他:)											
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理											
4. 入浴介助											
5. 便秘時排便または浣腸											
6. 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:											
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、薬剤アレルギーの既往等があれば記載してください。)											
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:)											

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示します。

平成 年 月 日

指定訪問看護ステーション

医療機関名

所在地

ココタス リハビリ訪問看護ステーション 殿

電話番号

FAX番号

医師氏名

印