訪問看護指示書

いずれかに○（ 1 2 3 4 5 6 ヵ月）

訪問看護指示期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日）

患者氏名	様 生年月日: 大・昭・平・令 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.	
	日常生活自立度	寝たきり度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2
		認知症の状況	□自立 □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.吸引器 4.中心静脈栄養 5.輸液ポンプ 6.人工肛門 7.人工膀胱	8.酸素療法（ l/min） 9.経管栄養（ 経鼻・胃瘻 ／ サイズ: , 日に1回交換） 10.留置カテーテル（ サイズ: , 日に1回交換） 11.人工呼吸器（ 陽圧式 ・陰圧式 ／ 設定: ） 12.気管カニューレ（ サイズ : ） 13.ドレーン（ 部位: ） 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　7, 健康管理

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

〔 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. 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.便秘時摘便または浣腸

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。 年 月 日

指定訪問看護ステーション

ココタス リハビリ訪問看護ステーション 殿

医療機関名

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名 ㊞