

訪問看護指示書

訪問看護指示期間： 年 月 日～ 年 月 日

フリガナ 氏名	性別	生年月日 明治・大正・昭和・平成								
	男・女	年	月	日						
入所者住所	電話() -									
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)							
現在の状況	病状・治療の状態									
	投薬中の薬剤の容量用法									
	日常生活自立度	寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知度の状況 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	NPUAP分類 III度 IV度			DESIGN分類 D3 D4					
	装着使用医療機器等	1、児童腹膜灌流装置 2、透析液供給装置 3、酸素療法(/min) 4、吸引機 5、中心静脈栄養 6、輸液ポンプ 7、経管栄養 (経鼻、胃婁:サイズ 日に 1回交換) 8、留置カテーテル (部位 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、人工肛門 12、人工膀胱 13、その他 ()								
留意事項及び指示事項										
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、その他(禁忌事項等)										
緊急時の連絡先 不在時の対応法										
特記すべき留意事項 (注意: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・随時対応型訪問看護およ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ください。)										
ほか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、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住所
電話
(FAX)
医師氏名

印

ベストリハ訪問看護ステーション

殿