

訪問看護指示書

訪問看護指示期間 (年 月 日 から 年 月 日)
 点滴注射指示期間 (年 月 日 から 年 月 日)

| | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------------|------------|-----------|--------------------------|----------------|----------------------|------|----------|----|----|----|
| 患者氏名 | 日医太郎 | | 生年月日 | 明・大・昭・平 10年10月11日生 (83歳) | | | | | | | |
| 患者住所 | 〒 電話 | | | | | | | | | | |
| 主たる傷病名 | | | | | | | | | | | |
| 現在の状況 | 症状・療状 | | | | | | | | | | |
| | 投与中の薬剤の用法・用量 | 1. | | | | | 2. | | | | |
| | 日常生活自立度 | 寝たきり度 | 自立 | J1 | J2 | A1 | A2 | B1 | B2 | C1 | C2 |
| | 要介護認定の状況 | 認知症の状況 | 自立 | I | IIa | IIb | IIIa | IIIb | IV | M | |
| | 褥瘡の深さ | 要支援(1 2) | | 要介護(1 2 3 4 5) | | | | | | | |
| | | DESIGN分類 | D3 | D4 | D5 | NPUAP分類 | | | 度 | 度 | |
| | 装着・使用医療機器等(番号に印) | 1.自動腹膜灌流装置 | 2.透析液供給装置 | | | 3.酸素療法(l/min) | | | | | |
| | 4.吸引器 | 5.中心静脈栄養 | | | 6.輸液ポンプ | | | | | | |
| | 7.経管栄養 (:チューブサイズ) | | | | | | | 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 (: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 | | | | | | | | | | | |
| 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. 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、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問看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 殿) | | | | | | | | | | | |
| たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有:訪問介護事業所名 殿) | | | | | | | | | | | |

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成31年02月20日

医療機関名 日医病院
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名 東京一郎

印

殿