

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書
訪問リハビリテーション指示書

※該当する指示や項目に○をお願い致します。

※指示期間は最長で6ヶ月間となります。

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

フリガナ 患者氏名			生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)								
患者住所	〒		電話 () -								
主たる傷病名		傷病名 : コード :		傷病名 : コード :		傷病名 : コード :					
		パーキンソン病の場合ご記入ください (Hoehn & Yahr の分類 I II III IV V / 生活機能障害度 I II III)									
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態										
	投与中の薬剤 の用量・用法										
	日常生活 自立度	寝た切り度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
		認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	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(L/min) 4.吸引器 5.中心静脈栄養 6.輸液ポンプ 7.経管栄養(軽鼻・胃瘻 : 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 (具体的な内容 : 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 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											
不在時の対応方法											
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 : 指示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いたします。

令和 年 月 日

医療機関名 :

住 所 :

電 話 :

医師氏名 :

印