

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

訪問看護ステーションかぼちゃ殿