

# 訪問看護指示書

指示期間（令和 年 月 日～ 年 月 日）

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生（ 歳）					
患者住所	電話（ ） -							
主たる傷病名								
現在の状況 ※該当項目に○	病状・治療状態							
	投与中の薬剤の用法用量							
	日常生活自立度	寝たきり度	J	A	B	C		
	要介護認定の状況	認知症の状況	無し	I	II	III	IV	M
	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.自動腹膜灌流装置	2.透析液供給装置	3.酸素療法（ /min）					
	4.吸引器	5.中心静脈栄養	6.輸液ポンプ					
	7.経管栄養（経鼻・胃瘻：チューブサイズ					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								
〔 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. 感染症の有（ ）・無								
5. その他								
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・随時対応型訪問介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								

上記の通り、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

F A X

医 師 氏 名

印

医療法人大平会

訪問看護ステーションみねい

殿