

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	日医次郎		生年月日	昭和 20 年 10 月 11 日生 (79 歳)	
患者住所	〒 電話				
主たる傷病名					
傷病名コード					
現在の状況	病状・療養状態				
	投与中の薬剤の用法・用量	1 . 2 . 3 . 4 . 5 . 6 .			
	日常生活	寝たきり度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2		
	自立度	認知症の状況	☐ 自立 ☐ 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	DESIGN-R2020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 . 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 (1 日あたり () 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 殿 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、指示いたします。

令和07年03月05日

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

印

殿