

訪問看護指示書

指示期間（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日（ 歳）	
患者住所		電 話		
主たる傷病名				
パーキンソン病の場合		ホーエン・ヤールの重症度分類 ステージ（ I II III IV V ）	生活機能障害度 （ I度 II度 III度 ）	
現在の状況（該当項目に○等）	病状・治療状態			
	現在の内服薬			
	日常生活自立度	寝たきり度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	
		認知症の状況	無 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ 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 D ₃ D ₄ D ₅			
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. 輸血ポンプ 7. 経管栄養（経鼻・胃瘻・チューブサイズ、 月に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（ ）			
感染症 ・MRSA ・HB ・HCV ・結核 ・梅毒 ・その他の感染症（ ）				
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. 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等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 ）				

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
（ F A X ）
医 師 氏 名



指定訪問看護ステーションいきいき殿