

# 訪問看護指示書

指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 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	※ 病名に『悪性腫瘍』がある場合： <input type="checkbox"/> 末期状態である <input type="checkbox"/> 末期状態ではない			
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 <sub>3</sub> D <sub>4</sub> D <sub>5</sub>	
	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、 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。

令和 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

