訪 問 看 護 指 示 書

訪問看護指示期間　平成　　年　　月　　日～　　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	(1)　　(2)　　(3)		
現在の状況（該当項目に○など）	病状･治療･状態		
	投与中の薬剤の用量･用法	1.　　2. 3.　　4. 5.　　6.	
	日常生活 自立度	J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2	
	認知症 生活自立度	Ⅰ　Ⅱ　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: D3　D4　D5	
装着･使用医療機器等（該当番号に○印）	1. 自動腹膜灌流装置　2. 透析液供給装置　3. 酸素療法（　　/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. 人口肛門 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

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

緊急時の連絡先

不在時の対応法

特記すべき事項　（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があれば記載してください。）

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　　印

指定訪問看護ステーション　　テンハート訪問看護ステーション　殿