

記入例

訪問看護指示書

指示期間は最長で6ヶ月間です。1ヶ月毎のご指示でも差し支えありません。

訪問看護 指示期間 (令和 5年 1月 1日～ 5年 6月 30日)

患者氏名	訪看 太郎 様		生年月日	大 (昭)・平・令 10年 1月 1日 ( 88歳)						
患者住所	〒000-0000 長崎市〇〇町〇丁目〇〇番地〇		電話	( 000 ) 000 - 0000						
主たる傷病名	#1. 脳梗塞後遺症 #2. 脳血管性認知症 #3. 高血圧症									
現在の状況 (該当項目に〇等)	病状・治療状態など	令和〇年〇月#1 発症。〇〇病院退院後、当院にて在宅診療開始。嚥下機能低下あり胃瘻造設。内服により血圧管理。排泄コントロール不良。体動困難のため家族の介護量が増している。								
	投与中の薬剤 用量・用法	別紙参照 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">投薬情報が多い方は、処方箋の写し等をご添付ください。</span>								
	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	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	(IV)	M		
	要介護認定の状況	自立	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 ( ) ④吸引器 ( ) ⑦経管栄養 (経鼻 (胃ろう) チューブサイズ 20Fr、90 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.人工肛門 12.人工膀胱									
留意事項および指示事項										
I 療養生活指導上の留意事項 <b>高血圧に注意。褥瘡予防必要。合併症注意。</b>										
II ① リハビリテーション <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">理学療法士等のリハビリが必要な場合は、時間と回数を必ずご記入ください。</span> 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 ( 2 ) 回										
2. 褥瘡の処置等										
③ 装置・使用機器等の操作援助・管理 <b>胃瘻管理</b> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">訪問看護へのご指示をご記入ください。</span>										
④ その他 <b>状態管理、血圧管理、保清、褥瘡予防、服薬管理、排泄管理、家族支援など</b>										
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)										
<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">緊急時の連絡先は必ずご記入ください。</span>										
緊急時の連絡先 不在時の対応法	000-0000-0000 夜間対応可能 (不在時の緊急時は救急搬送要請すること)									
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、訪問看護利用時の留意事項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 痰の吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 ( 無 )・(有) : 指定訪問介護事業所名 〇〇〇〇ヘルパーステーション )										

上記のとおり、指定訪問看護

記入日は指示日より前、または指示開始日でご記入ください。

令和 5年 1月 1日

医療機関名  
住 所  
電 話  
( F A X )  
医 師 氏 名

必ずご捺印ください

印