

訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書・特別訪問看護指示書

月分

指示期間(平成 年 月 日～平成 年 月 日)
注射指示期間(平成 年 月 日～平成 年 月 日)

患者氏名	男・女	生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生(歳)
患者住所	電話		()	—

主たる傷病名	
--------	--

現	・病 状 ・治 療 ・状 態	
---	----------------------	--

在	装着・使用 医療機器等 (番号に○ 印)	1. 酸素療法(/min) 2. 吸引器 3. ネブライザー 4. 人工呼吸器(機種) 5. 気管カニューレ(サイズ) 6. 中心静脈栄養 7. CVP 8. 輸液ポンプ 9. 人工肛門 10. 人工膀胱 11. 留置カテーテル(尿・腎瘻・膀胱瘻 サイズ: 日に1回交換) 12. 経管栄養(カテーテルサイズ ・ 日に1回交換) 13. 胃瘻 交換日 14. ドレーン(部位:) 15. その他()
---	-------------------------------	---

状	要介護認定	要介護度なし 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
---	-------	------------------------------

褥瘡(有・無)	軽度・重度	DESIGN分類(Depth深さ) d(真皮までの深さ) D(皮下組織から深部) D3 D4 D5
---------	-------	---

1、療養生活指導上の留意事項 (注:感染症の有無や薬の相互作用・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)	投与中の薬剤の用法・用量
---	--------------

2、指示事項 1. リハビリテーション (機能維持向上・基本動作練習・活動量向上・日常生活動作練習・呼吸リハ 2. 褥瘡の処置等 3. 装置医療機器等の操作援助・管理 4. その他 指示コメント:

緊急時の連絡先 不在時の対処法

他の訪問看護ステーションへの指示(有・無)(ステーション名)

特別訪問看護指示書

特別指示期間(平成 年 月 日～平成 年 月 日)

特別指示留意事項

上記の通り指定(予防)訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

朝倉医師会
訪問看護ステーション 殿
☎(0946)24-0809
FAX(0946)24-0814

医療機関名
住所
電話
(FAX)
医師氏名

印