

訪問看護リハビリステーションハッピーヒル 「訪問看護指示書」 記入例

記入例を参考にご記入・押印のうえ
必ずコピーを取ってから、原本をご提出をお願い致します

該当する指示書を
チェックしてください

(別紙様式 16)

- 訪問看護指示書
 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)
点滴注射指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

有効期間は6ヶ月以内です

ex)1ヶ月の場合: 令和●年2月1日～令和●年2月28日
ex)6ヶ月の場合: 令和●年2月12日～令和●年8月11日
在宅患者訪問点滴注射指示書の有効期間は**1週間**です

患者氏名	生年月日		年	月	日
患者住所	電話 ()				
主たる傷病名	(1)	(2)			
現在の状況(該当項目に○等)	病状・治療態	1.	2.	3.	4.
	投与中の薬剤の用量・用法	5.	6.		
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1
	要介護認定の状況	認知症の状況	I	IIa	IIb
	要介護認定の状況	要支援(1 2)	IIIa	IIIb	IV
	褥瘡の深さ	DESIGN 分類: D3 D4 D5	要介護(1 2 3 4 5)	III度	IV度
	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(l/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: サイズ)			日に1回交換
		8. 留置カテーテル(部位: 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	13. その他 ()	

訪問看護において公費となる医療券をお持ちの利用者の場合は、その医療券に該当する病名の記載もお願い致します。

- ◆**パーキンソン病**は、Yahrの重症度分類・生活機能障害度をご記入ください。
- ◆**癌末期**の場合は、必ず「○○ 癌末期」とご記入ください。

使用医療機器の有無や取扱いに関する記入をお願いします。(サイズや用量等)

食事・入浴・排泄・活動の程度や安静度等の日常生活で注意した方がよい事項について記入してください。

屋外歩行の可否どちらかに○をつけてください。

骨転移の有無、骨折・脱臼のリスク、運動負荷の制限について等リハビリテーション実施上の注意点を具体的に記入してください。

褥瘡の処置のほか、人工肛門や浣腸など排泄に関する処置について記入してください。

在宅酸素。在宅高カロリー輸液などに関する指示を具体的に記入してください。

疼痛時の臨時追加投与、発熱時、呼吸困難などの屯用薬指示等について具体的に記入してください。

緊急時の連絡先および不在時の対応方法は必ずご記入ください。

2か所の訪問看護ステーションの利用がある場合は、ステーション名のご記入ください。

交付年月日は訪問看護指示日、またはそれ以前の日付で記入してください。

押印のないものは、無効になりますので必ず**押印**してください。

留意事項及び指示事項

I 療養生活指導上の留意事項

1. リハビリテーション(屋外歩行 可・否)
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

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)

緊急時の連絡先

不在時の対応

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、定常訪問看護及び複合型サービス利用時の留意事項等が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
(無 有) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示
(無 有) 訪問介護事業所名

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印

事業所 訪問看護リハビリステーション ハッピーヒル 殿

送付先:

〒121-0813 東京都足立区竹の塚1-25-17 丸竹第一ビル5F
訪問看護リハビリステーション ハッピーヒル