

訪問看護リハビリステーションハッピーヒル

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

- 訪問看護指示書
- 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書をチェックすること

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

患者氏名	生年月日	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	
患者住所			
主たる傷病名	(1)	(2)	
傷病名コード			
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態	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。また、傷病名コードもご記入ください。 ◆ 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。	
	投与中の薬剤の用量・用法		
	日常生活自立度	寝たきり度 認知症の状況	J1 J2 I IIa
	要介護認定の状況	要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)	
装着・使用医療機器等	褥瘡の深さ	DESIGN分類 D3 D4 D5	NPUAP分類 III度 IV度
	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	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。			
留意事項及び指示事項			
I 療養生活指導上の留意事項		屋外歩行の可否 のどちらかに○をつけてください。 必要と思われる、 介入時間及び頻度 を記入してください。 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。	
II			
1. リハビリテーション(屋外歩行 可・否)			
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護1日あたり()分を週()回			
2. 褥瘡の処置等		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。	
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理			
4. その他		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。	
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 不在時の対応法		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。	
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、看護観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)		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。	
たんの吸引等実施のための訪問介護事業書への指示 (無・有:訪問介護事業所名)		2か所の訪問看護ステーションの利用がある場合は、ステーション名をご記入ください。	

上記のとおり、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

事業所 訪問看護リハビリステーション ハッピーヒル 殿

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。

印

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

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。