

(在宅レスパイト事業用)

訪問看護指示書
【在宅レスパイト事業用】

※該当する指示書を○で囲むこと
訪問看護指示期間(年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名			生年月日	明・大・昭・平・令	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○等)	病状・治療状態							
	投与中の薬剤の用量・用法	1.	2.	3.	4.	5.	6.	
	重症児度	超重症児		準超重症児		左記以外(またはその他)		
	褥瘡の深さ	DESIGN-R2020分類		D3	D4	D5	NPUAP分類	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 ()						
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								
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、定期巡回、随時対応型訪問介護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 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
(FAX.)

医師氏名

印

事業所

殿