

□訪問看護指示書
□在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書の □ に ✓

訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名 生年月日 (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 ✓)
病状・治療態
投与中の薬剤の用量・用法
日常生活自立度
要介護認定の状況
褥瘡の深さ
装着・使用医療機器等
注意事項及び指示事項
I 療養生活指導上の留意事項
II
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 : 電話 () -
不在時の対応法 : 電話 () -
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

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

指定訪問看護ステーション

クローバースマイル訪問看護ステーション

殿

※褥瘡の深さの分類 NPUAP(ステージⅢ): 全組織欠損。皮下脂肪は確認できるが、骨、腱、筋肉は露出していないことがある。

※褥瘡の深さの分類 NPUAP(ステージⅣ): 骨、腱、筋肉の露出を伴う全組織欠損。

※褥瘡の深さの分類 D3: 皮下組織までの損傷 D4: 皮下組織を超える損傷 D5: 関節腔、体腔に至る損傷または、深さ判定が不能の場合

精神科訪問看護指示

指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名		生年月日	(歳)
患者住所	〒 -	施設名	
	電話 ()		
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
現在の状況 (該当項目に ✓)	病状・治療状況		
	投与中の薬剤の用量・用法		
	病名告知	<input type="checkbox"/> あり	・ <input type="checkbox"/> なし
	治療の受け入れ		
	複数名訪問看護の必要性	<input type="checkbox"/> あり	・ <input type="checkbox"/> なし
	理由:	<input type="checkbox"/> 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 <input type="checkbox"/> 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 <input type="checkbox"/> 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 <input type="checkbox"/> その他()	
	短時間訪問看護の必要性	<input type="checkbox"/> あり	・ <input type="checkbox"/> なし
	複数回訪問看護の必要性	<input type="checkbox"/> あり	・ <input type="checkbox"/> なし
日常生活自立度	認知症の状況 (<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M)		
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項			
1 生活リズムの確立 2 家事能力、社会技能等の獲得 3 対人関係の改善(家族含む) 4 社会資源活用の支援 5 薬物療法継続の支援 6 身体合併症の発症・悪化の防 7 その他			
緊急時の連絡先			
不在時の対応法			
主治医との情報交換の手段			
特記すべき留意事項			

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

FAX

医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション クローバースマイル訪問看護ステーション 殿

※褥瘡処置が必要な場合は深さ・処置方法、使用機器の管理がある場合は機器名を指示事項の 7その他へ記載願います。

