

# 訪問看護指示書 作成依頼書

事業所名：  
電話：  
FAX：



碧南市民病院 患者サポート室  
電話：0566-48-5050  
FAX：0566-46-3774(直通)

新規    継続    変更

外来    入院中

患者名：                      生年月日：                      (ID:                      )

診療科：                      医師名：                     

- 訪問看護指示書 【指示開始：      /      】
- 特別訪問看護指示書 (                      ) 【指示期間：      /      ~      /      】
- 在宅患者訪問点滴注射指示書(週3日以上実施)【指示期間：      /      ~      /      】
- 訪問リハビリ(診療情報提供書)【指示期間：      /      】

現在の状況	日常生活自立度	寝たきり度	
		認知症の症状	
	要介護認定の状況		<input type="checkbox"/> 申請中
	褥瘡の深さ		DESIGN分類
	装着・使用医療機器等		<input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (                      l/min) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 経管栄養 (                                              :チューブサイズ                                              、                                              日に1回交換) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (                      サイズ :                                              、                                              日に1回交換) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (                                              :設定                                              ) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ(サイズ:                                              ) <input type="checkbox"/> ドレーン (部位:                                              ) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 (                                              )

I 療養生活指導上の留意事項

全身状態の管理    服薬管理    疼痛コントロール    創処置       排便・排尿管理    清潔ケア    療養・介護指導

ターミナルケア    異常時の対応    多職種連携    (                                              )

II  リハビリテーション

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて

1日あたり                      ・ (                      )分を週 (                      )回

III その他 記載してほしい内容や連絡事項があれば記載してください

4. その他

退院日当日に、状態観察や体調管理が必要な場合は看護師の訪問を認める