

# 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:    /    /   】

└─  「末期の悪性腫瘍」での指示を希望

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:    /    /    ~    /    /   】

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"/> ドレイン(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

碧南市民病院記載用 担当者( \_\_\_\_\_ )

汎用入力     リスト入力     会計提出