

訪問看護指示書 申込書

申込日 令和 年 月 日

【事業所の皆様へ】

※太枠内は必ずご記入をお願いします。その他記載事項等がありましたらご記入をお願いします。
※お申込は、FAX・かけはし・郵送・持参で対応させていただいております。ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせ下さい。

- ☐ 訪問看護指示書
☐ 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書にチェックをお願いします

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 年 月 日 (歳)		
患者住所	電話 () -		
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
傷病名コード			
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.	
	日常生活自立度	寝たきり度 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2 認知症の状 I II a II b III a III b IV M	
	要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)	
	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) 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. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 (1日あたり () 分を週 () 回) 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
(F A X)

富士市立中央病院
静岡県富士市高島町50番地
0545-52-1131
0545-53-3708

(依頼) 医師 氏名

事業所名

事業所担当者	お問合せ先 () ー
受渡方法 ☐ 窓口 ☐ 郵便	送付先住所 〒

富士市立中央病院 地域医療連携室 TEL0545-52-1131 / FAX0545-53-3708