

訪問看護指示書(小児用)

指示期間 (西暦 年 月 日～ 年 月 日)

ふりがな 患者氏名		生年月日	昭・平・令 年 月 日生 (歳)							
患者住所	電話() -									
主たる傷病名										
現在の状況 ※該当項目に○	病状・治療状態									
	投与中の薬剤の用法用量									
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	褥瘡の深さ	NPUAP分類	Ⅲ度	Ⅳ度	DESIGN分類	D3	D4	D5		
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 (/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:チューブサイズ				日に1回交換)					
	8.留置カテーテル (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.ドレーン (部位:					
	12.人工肛門		13.人工膀胱		14.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										
〔 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20・40・60・()分を週()回(注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載										
2. 皮膚の処置等					6. 排泄の管理					
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理					7. 哺乳の状態・哺乳量のチェック					
4. 感染症の有()・無					8. 発達確認					
5. 体重確認					9. 育児支援・相談					
					10. 母乳育児支援					
					11. その他()					
緊急時の連絡先										
不在時の対応法										
【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)										

上記の通り、指定訪問看護の実施を指示いたします。

西暦 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
F A X
医 師 氏 名

印