

地域密着型療養通所介護 指示書

指示期間(令和 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日 才						
患者住所			電話	() -						
主たる傷病名										
現在の状況	病状・治療 状態									
	投与中の 薬剤の用 量・用法									
	日常生活	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	自立度	認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	V	
	要介護認定の状況		要支援 (1 2)			要介護 (1 2 3 4 5)				
装具・使用 医療機器	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										
2. 褥創の処置等										
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										
緊急時の連絡先・不在時の対応等										
特記すべき留意事項										
他の訪問看護ステーションへの指示										

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話

医師氏名

印