

(別紙様式18)

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 (明・大・昭・平 年 月 日) (歳)
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由	
留意事項及び指示事項	※点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があったら記載してください。
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
電 話
(FAX)
医師氏名

印

事業所

殿

(別紙)

訪問看護指示書

訪問看護指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

入所者氏名	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)
入所者住所	電話 () -					
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)			
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	J1 J2	A1 A2	B1 B2	C1 C2
	認知症の状況	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	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 (l/min) 4) 吸引機 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) 8) 留置カテーテル(部位: 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						
1) リハビリテーション						
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						
緊急時の連絡先 不在時の対応先						
特記すべき注意事項(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ください。)						
他に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)						

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

介護老人保健施設名

住所

電話

(FAX)

介護老人保健施設医師氏名

印

業所名

殿

(別紙様式17)

精神科訪問看護指示書

指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)		
患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
患者住所	施設名	
電話 () - -		
主たる傷病名 (1) (2) (3)		
現在の状況	病状・治療状況	
	投与中の薬剤の用量・用法	
	病名告知	あり・なし
	治療の受け入	
	複数名訪問の	あり・なし
	短時間訪問の	あり・なし
	複数回訪問の	あり・なし
日常生活自立	認知症の状況 (I II a II b III a III b IV V)	
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項		
1 生活リズムの確立		
2 家事能力、社会技能等の獲得		
3 対人関係の改善		
4 社会資源活用への支援		
5 薬物療法継続への援助		
6 身体合併症の発症・悪化の防止		
7 その他		
緊急時の連絡先		
不在時の対応法		
主治医と情報交換の手段		
特記すべき注意事項		

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

介護職員喀痰吸引等指示書

標記の件について、下記の通り指示いたします。

指示期間（平成 年 月 日 ~ 年 月 日）

事業者		事業者種別	
		事業者名称	
対象者	氏名	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
	住所	電話 () -	
	要介護認定区分	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)	
	障害程度区分	区分1	区分2 区分3 区分4 区分5 区分6
	主たる疾患 (障害名)		
実施対応種別	口腔内の喀痰吸引・鼻腔内の喀痰吸引・気管カニューレ内部の喀痰吸引 胃ろうによる経管栄養・腸ろうによる経管栄養・経鼻経管栄養		
指示内容	具体的な提供内容		
	喀痰吸引 (吸引圧、吸引時間、注意事項を含む)		
	経管栄養 (栄養剤の内容、投与時間、投与量、注意事項等を含む)		
	その他留意事項 (介護職員等)		
		その他留意事項 (看護職員等)	
(参考) 使用医療機器等	1 経鼻胃管	サイズ: _____ Fr、種類	
	2 胃ろう・腸ろうカテーテ	種類: ボタン型、チューブ型、サイズ: _____ Fr、_____ cm	
	3 吸引機		
	4 人工呼吸器	機種:	
	5 気管カニューレ	サイズ: 外径 _____ mm、長さ _____ mm	
	6 その他		
緊急時の連絡先 不在時の対応法			

※1. 「事業者種別」欄には、介護保険法、障害者総合支援法による事業の種別を記載すること

2. 「要介護認定区分」または「障害者程度区分」欄、「実施行為種別」欄、「使用医療機器等」欄については、該当項目に○を付し、空欄に必要事項を記入すること。

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

機関名
住所
電話
(FAX)

医師氏名

印

(登録喀痰吸引等 (特定行為) 事業者の長) 殿

訪問看護指示書
住宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日		明・大・昭・平		年	月	日	(歳)		
患者住所	電話番号 ()		—							
現在の状況 (該当項目に○)	主たる傷病名	(1)	(2)	(3)						
	病状・治療状態									
	投与中の薬剤の容量・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
	認知症の状況		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) 吸引機 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) 8) 留置カテーテル (部位: 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. リハビリテーション										
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 不在時の対応法										
特記すべき注意事項 (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ください。)										
他に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: 訪問介護事業者名										

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住所
電話
(FAX)
医師氏名

印

事業所

殿

別紙様式1

訪問看護報告書

利用者氏名	生年月日	年	月	日 (歳)
要介護認定の状況	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)	
住所				
看護・リハビリテーションの目標				
年月日	問題点・解決策		評価	
衛生材料等が必要な処置の有無				有 ・ 無
処置の内容	衛生内容 (種類・サイズ) 等		必要量	
備考 (特別な管理を要する内容、その他留意すべき事項等)				
作成者①	氏名 :	職種 : 看護師・保健師		
作成者②	氏名 :	職種 : 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士		

訪問看護報告書

利用者氏名								生年月日	年 月 日 (歳)						
要介護認定の状況	要支援 (1 2)							要介護 (1 2 3 4 5)							
住所															
訪問日	年 月							年 月							
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	
	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	
	15	16	17	18	19	20	21	15	16	17	18	19	20	21	
	22	23	24	25	26	27	28	22	23	24	25	26	27	28	
	29	30	31					29	30	31					
	訪問日を○で囲むこと。理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による訪問介護を実施した場合は◇、特別訪問看護指示書に基づく訪問介護を実施した日は△で囲むこと。緊急時訪問を行った場合は×印をすること。なお、右表は訪問日が2月にわたる場合使用すること。														
病状の経過															
看護・リハビリテーションの内															
家庭での介護の状況															
衛生材料等 使用料及び 使用状況	衛生材料等の名称： ()														
	使用及び交換頻度： ()														
	使用料： ()														
特記すべき事項															
作成者①	氏名：							職種：看護師・保健師							
作成者②	氏名：							職種：理学療法士・作業療法士・言語聴覚士							

訪問看護記録書 I

訪問看護の依頼目的											
要介護認定の状況	要支援 (1 2)				要介護 (1 2 3 4 5)						
ADLの状況 該当するものに○	移動	食事	排便	入浴	着替	整浴	意思疎通				
自立											
一部介助											
全部解除											
その他											
日常生活支援度	寝たきり度		J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C6	
	認知症の状況		I	II a	II b	III a	III b	IV	M		
主治医等	氏名										
	医療機関名										
	所在地										
	電話番号										
	緊急時の連絡先										
家族等の緊急時の連絡先											
介護支援専門員等	氏名										
	指定居宅介護支援事業所名										
	電話番号										
	緊急時の連絡先										
関係機関	連絡先			担当者			備考				
保健・福祉サービス等の利用状況											

訪問看護記録書 I

利用者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
住所		電話番号	() -		
看護師等氏名		訪問職種	保健師・看護師・准看護師 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士		
初回訪問年月	年 月 日 ()		時 分	～	時 分
主たる傷病名					
現病歴					
既往歴					
療養状況					
介護状況					
生活歴					
家族構成	氏名	年齢	続柄	職業	特記すべき事項
主な介護者					
住環境					

訪問看護記録書Ⅱ

利用者氏名	看護師等氏名	
	訪問職種	保健師・看護師・准看護師 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士
訪問年月日	年 月 日 ()	時 分～ 時 分
利用者の状態 (病状)		
実施した看護・リハビリテーションの内容		
その他		
備考		
次回の訪問予定日	年 月 日 ()	時 分～