

お電話(04-7100-5157)で相談後  
04-7108-8757へ  
FAXお願いします。

## 依頼票

記載できる範囲でお願いいたします。  
訪問看護ステーション わかな

氏名	フリガナ:  様(男・女)	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日( 歳)		
住所	〒	電話番号	自宅: 携帯:		
保険情報	<input type="checkbox"/> 介護保険(介護度:要支援(1・2)要介護(1・2・3・4・5)申請中) <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> その他助成など(特手疾患、自立支援、生活保護、その他(あり・なし・検討中))				
希望日時	週 回希望 午前中希望・午後希望・いつでもよい				
キーパーソン (緊急連絡先)	氏名 様	続柄・年齢 ( 歳)	同居 別居	住所	TEL 自宅: 携帯:
家族構成					
主治医	医師		病院 ・ 医院 ・ クリニック		
担当CM	様 事業所名		連絡先		
訪問看護 依頼目的					
住環境	駐車スペース(有 ・ 無)				
傷病名					
療養状況					
介護状況					
病識					
生活歴					
現病歴					
既往歴					

# 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

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 明・大・昭・平・令      年      月      日 (      歳 )	
患者住所	電話	
主たる傷病名	(1)	(2)      (3)
現在の病状・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
要介護認定の状況	認知症の状況	I    IIa    IIb    IIIa    IIIb    IV    M
褥瘡の深さ	DESIGN-R2020 分類	D 3    D 4    D 5    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 ) 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. 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 ) :  
医師氏名 :

印