

利用申込書

申込日 年 月 日

カルテ番号	No.	性別	生年月日	年齢
利用者氏名	フリガナ	男・女	大昭平令 年 月 日	歳
		住所 〒 -		
電話番号	TEL - -			
携帯電話	TEL - -			
緊急連絡先				
続柄	同居・別居		特記事項	
電話番号	TEL - -			
現在	在宅・入院中	退院予定日 月 日		

ADL

日常生活動作	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 不可	清潔	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル	認知障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 年齢応 <input type="checkbox"/> なし

主病名

主病名	主な症状
-----	------

介護区分

要介護区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
	<input type="checkbox"/> 申請中(申請日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 区変中
保険情報	<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 自立支援 <input type="checkbox"/> その他()
負担割合	介護：1割 2割 3割 医療：1割 2割 3割

利用内容

緊急時加算	利用回数	利用曜日	希望時間帯
要・不要	回/週	月・火・水・木・金・土・日	午前・午後
利用時間	看護：30分未満・30分・60分・90分・その他		

依頼内容

<input type="checkbox"/> 症状観察 <input type="checkbox"/> 服薬管理・指導 <input type="checkbox"/> 日常生活援助・指導 <input type="checkbox"/> 補清(清拭・シャワー・入浴) <input type="checkbox"/> ターミナルケア
<input type="checkbox"/> カテーテル・ドレーン管理 <input type="checkbox"/> 褥瘡予防・処置 <input type="checkbox"/> 人工肛門・人工膀胱 <input type="checkbox"/> 看護リハビリ
<input type="checkbox"/> 中心静脈・点滴・輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 医療的ケア <input type="checkbox"/> その他()

医療機関

名称：	診療科
住所 〒 -	電話番号 ^{TEL} - -
主治医氏名：	FAX番号 - -

居宅支援事業所

名称：	電話番号 ^{TEL} - -
住所 〒 -	FAX番号 - -
	担当ケアマネージャー :

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 (令和 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (令和 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)							
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
	要介護認定の状況	認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
	褥瘡の深さ	DESIGN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. 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. 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。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印

訪問看護ステーション Pono 殿

(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 (令和 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (令和 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 (注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)	
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。

令和 年 月 日

医療機関名
電 話
(FAX.)
医師氏名

印

訪問看護ステーション Pono 殿

精神科訪問看護指示書

指示期間 (令和 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者住所	電話 () -	施設名
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
	治療の受け入れ	
	複数名訪問の必要性	あり ・ なし
	短時間訪問の必要性	あり ・ なし
	日常生活自立度	認知症の状況 (I IIa IIb IIIa IIIb IV M)
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 (家族含む) 4 社会資源活用の支援 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		
主治医との情報交換の手段		
特記すべき留意事項		

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医師氏名

印