様式第２号

訪　問　看　護　指　示　書

　　　　 （在宅人工呼吸器使用患者支援事業用）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 | |  | | 生年月日 |  |
| 患者住所 | |  | | 電話番号 |  |
| 指定難病  又は  特定疾患名 | |  | | 医療受給者証  又は特定疾患  医療受給者証番号 |  |
| 現在の状況 | 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 | Ｊ　　　　Ａ　　　　Ｂ　　　　Ｃ | | |
| 痴呆の状況 | Ⅰ　　　　Ⅱ　　　　Ⅲ　　　　Ⅳ　　　　Ｍ | | |
| 装着・使  用医療機  器等  （番号に  ○印） | １　人工呼吸器（陽圧式・陰圧式：設定　　　　　　　　　　　　　　）２　吸引機　　　　３　中心静脈栄養　　　　４　輸液ポンプ  ５ 経管栄養（経鼻・胃ろう：チューブサイズ　　　　　日に１回交換）６　気管カニューレ（サイズ　　　　）  ７　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 褥そうの処置等  　　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  不在時の対応方法 | | | | | |
| 特記すべき留意事項（注:薬の副作用，副作用についての留意点，薬物ｱﾚﾙｷﾞｰの既往等あれば記載して下さい｡) | | | | | |
|

上記のとおり，在宅人工呼吸器使用患者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

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　様