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