

(病院記入欄)

病院ID: _____

訪問看護指示書 作成依頼書

下記へ必要事項記入し、文書受付 窓口へ持参もしくは郵送にてお申込みください

患者氏名		男 ・ 女
生年月日	T ・ S ・ H 年 月 日	歳

事業所	
指示期間	～

リハビリ実施する場合	1 日 分 ・ 週 回 / 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士
他の訪問看護ステーションへの指示	無 ・ 有 (事業所名: _____)
たん吸引等実施のための訪問介護事業所への指示	無 ・ 有 (事業所名: _____)

【新規作成依頼の場合】

※継続の場合でも、変更点があれば記入をお願いいたします。

訪問看護(リハビリ)の利用目的	
寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 (何らかの障害を有するが日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する) <input type="checkbox"/> J2 (何らかの障害を有するが日常生活はほぼ自立しており、隣近所へなら独力で外出する) <input type="checkbox"/> A1(介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する) <input type="checkbox"/> A2(外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている) <input type="checkbox"/> B1(ベッド上の生活主体だが、車椅子に乗車し、食事・排泄はベッドから離れて行う) <input type="checkbox"/> B2(日中もベッド上の生活が主体であり介助により車椅子に移乗する) <input type="checkbox"/> C1(1日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替えにおいて介助が必要) <input type="checkbox"/> C2(1日中ベッド上で過ごし、自力では寝返りも出来ない)
認知症の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> I (認知症状はあるが、日常生活はほぼ自立している) <input type="checkbox"/> II a(家庭外で日常生活に支障をきたすような症状がみられるが、誰かが注意していれば自立できる) <input type="checkbox"/> II b(上記 II aの状況が家庭内でもみられる) <input type="checkbox"/> III a(日中を中心に、日常生活に支障をきたすような症状がみられ、介護を必要とする) <input type="checkbox"/> III b(上記 III aの状況が夜間を中心にみられる) <input type="checkbox"/> IV(日常生活に支障をきたすような症状が頻繁にみられ、常に介護を必要とする) <input type="checkbox"/> M(著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする)
要介護認定	無・有(要支援 1 2 / 要介護 1 2 3 4 5)
褥瘡の有無	無 ・ 有

その他連絡事項	
---------	--