

退院後訪問指導科 療養指導書 (初回・ 回目)

訪問指導日 平成 年 月 日
 指導担当者 *Ns*

| | | | | | | | |
|--|---|--|-------------------------|------|------------|-------|-------------|
| 患者氏名 | 生年月日 | | 明・大・昭・平 | | 年 月 日 (歳) | | |
| かかりつけ医 | 病院・医院(診療所) | | | | | Dr | |
| 主傷病名 | ① | ② | ③ | | | | |
| 現在の状況 (該当項目に○) | 要介護認定状況 | | 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 | | | | |
| | 日常生活自立度 | 寝たきり度 | J1 | J2 | A1 | A2 | B1 B2 C1 C2 |
| | | 認知症の状況 | I | II a | II b | III a | III b IV M |
| | 褥瘡の状態 | DESIGN-R分類； | d0 | d1 | d2 | D3 | D4 D5 |
| NPUAP分類； | | I度 | II度 | III度 | IV度 | | |
| 装置・使用医療機器等 | 1. 自動腹膜透析装置 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. 自己導尿 (サイズ , 回/日) 10. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式；設定) 11. 気管カニューレ (サイズ) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. その他 () | | | | | | |
| 現在受けている医療・介護・福祉サービス (該当サービスの□に「✓」を入れ、 [] に必要事項を記入) | <input type="checkbox"/> 訪問診療 [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 [] <input type="checkbox"/> 訪問リハ [] <input type="checkbox"/> 通所リハ [] <input type="checkbox"/> 訪問介護 [] <input type="checkbox"/> 通所介護 [] <input type="checkbox"/> 地域密着型サービス [] <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 [] | <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 [] <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 [] <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 [] <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 [] <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 [] <input type="checkbox"/> その他 [] | | | | | |
| 留意事項及び指示事項 | | | | | | | |
| I 療養生活上の留意事項 | | | | | | | |
| II 1 リハビリテーション | | | | | | | |
| 2 褥瘡の処置等 | | | | | | | |
| 3 装着・使用医療機器等の操作・管理 | | | | | | | |
| 4 嚥下・咀嚼機能等 | | | | | | | |
| 5 その他 | | | | | | | |
| その他特記事項 (薬の相互作用・薬物食物アレルギーの既往・介護サービス利用時の留意事項 等) | | | | | | | |
| | | | | | | | |