

診療情報提供書

(年 月分)

患者氏名			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生(歳)			
患者住所							
主たる傷病名		電話					
留意事項及び指示事項							
現在の状況	投与中の薬剤 の用法・用量						
	日常生活 自立度	寝たきり度	☐ 正常 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2				
		痴呆の状況	☐ 正常 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M				
	要介護認定の状況		☐ 要支援(1・2) ☐ 要介護(1・2・3・4・5) ☐ 申請中				
	装着・使用医療機器等 (番号に○印)	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. 栄養 (経鼻 ・ PEG : チューブサイズ 日に1回交換)					
		8. 留置カテーテル(サイズ 日に1回交換)					
9. 人工呼吸器(:設定)							
10. 気管カニューレ(サイズ) 11. ドレーン(部位:)							
12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. その他()							
感染症の有無	HBS抗原() HCV抗体() MRSA() 検査未 その他()						
緊急時の連絡先 不在時の対応法							
他の訪問看護ステーションへの指示 : 有 ・ 無 (指定訪問看護ステーション名)							

上記のとおり、指定訪問看護の実施をお願い致します。

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX)

医 師 氏 名

印