

退院後訪問指導料 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 (特記事項)
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)							