

# 訪問看護師による訪問指導依頼書

年 月 日

(訪問看護師)

(依頼者)

|         |         |
|---------|---------|
| 事業所名    | 事業所名    |
| 所在地     | 所在地     |
| TEL Fax | TEL Fax |
| 氏名 様    | 氏名      |

## 利用者の情報

|  |  |  |
|--|--|--|
| 本人   | ふりがな   | 生年月日   |
|  | 氏名 <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女</span>  | M・T・S<br>年 月 日 ( 歳)  |
|  | 住所 TEL   |  |
|  | 介護度 <input type="checkbox"/> 申請中 要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者※   |  |
|  | 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日   |  |
| 介護者  | 氏名 (続柄: )  |  |
|  | 住所 TEL   |  |
| 依頼内容   | <input type="checkbox"/> かかりつけ医の指示に基づく医療処置在、宅酸素、人工呼吸器などの管理<br><input type="checkbox"/> 身体の清拭、洗髪、入浴介助、食事や排泄などの介助方法・指導のほか、さまざまな相談対応<br><input type="checkbox"/> 病気や障害の状態、血圧・体温・脈拍などのチェック<br><input type="checkbox"/> 床ずれ防止の工夫や指導、床ずれの手当て<br><input type="checkbox"/> 拘縮予防や機能の回復、嚥下機能訓練等<br><input type="checkbox"/> ご家族等への介護支援・相談（事故防止など、認知症介護の相談・工夫をアドバイス）<br><input type="checkbox"/> ターミナルケア（がん末期や終末期などでも、自宅で過ごせるよう適切なお手伝い）<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |
| 生活情報   | 認知及び意思決定   | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 判断できない <input type="checkbox"/> 不明                              |
|  | 指示・理解  | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良  |
|  | ADL  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                    |
|  | 手指の機能  | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良  |
|  | 視力   | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡使用                                 |
|  | 聴力   | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用                              |
|  | 嚥下障害   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 経口・ <input type="checkbox"/> 経管 (鼻腔・胃)・ <input type="checkbox"/> TPN) |
|  | 義歯装着   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (問題点: )  |
|  | 薬剤管理   | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |
| 服用方法   | <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |  |
| 主治医の訪問看護指示の有無 ( <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ) |  |  |
| 主な病名   |  |  |
| 既往歴  | <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 脳卒中 <input type="checkbox"/> 肺炎<br><input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 骨折等 (部位 ) <input type="checkbox"/> パーキンソン症候群 <input type="checkbox"/> 認知症<br><input type="checkbox"/> その他 ( )   |  |
| 主治医  | TEL  |  |

※ 総合事業とは、平成 27 年度から新たに開始された市町村事業（地域支援事業）をいう。  
 ※ 総合事業対象者は、国の基本チェックリストに該当したもの（介護保険の要支援相当のもの）をいう。