

本日の診療内容の要点

(診察日: 年 月 日)

患者氏名	(男・女)
生年月日; 明・大・昭	年 月 日

診療所	担当医師氏名
連絡先	

<p>本日の診療について</p> <p> 血圧 (/ mmHg) 体温 発熱 有(°C)・無 脈拍等その他の所見 </p>	<p style="text-align: center;">次回受診日時</p> <p style="text-align: center;"> 月 日 () 時 分 </p>
<p>毎日の生活での留意事項</p>	<p>本日のお薬</p>
<p>今日の検査</p> <p> <input type="checkbox"/> 身体計測 <input type="checkbox"/> 検尿 結果(月 日頃) <input type="checkbox"/> 生活機能を含めた評価 <input type="checkbox"/> 血液検査結果 結果(月 日頃) <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> その他() </p>	<p>次回に当院で予定している検査等</p> <p> <input type="checkbox"/> 身体計測 <input type="checkbox"/> 生活機能を含めた評価 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 検尿 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他() </p>
<p>他院での診療状況 (他院での指導について記入してください)</p>	<p>疾病に関する疑問・質問 (先生に聞きたいことがあれば記入下さい)</p>

後期高齢者診療計画書

(記入日: 年 月 日)

患者氏名	(男・女)
生年月日: 明・大・昭 年 月 日	

診療所	担当医師氏名
連絡先	

病名	主病()	他に定期的に受診している医師 病名() (診療所 先生) 病名() (診療所 先生) 病名() (病院 先生) 病名() (病院 先生)			
年間検査のスケジュール					
	4月～6月 月 日 作成	7月～9月 月 日 作成	10月～12月 月 日 作成	1月～3月 月 日 作成	当院の連携医療機関 (緊急時の入院先) 病院 緊急連絡先 病院 緊急連絡先 病院 緊急連絡先 その他留意事項
身体計測 (年1回以上)	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	
生活機能を含めた評価 (年2回以上)	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	
心電図 (年1回以上)	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	
検尿 (年1回以上)	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	
血液検査 (年1回以上)	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	<input type="checkbox"/> 月 日	
治療方針等					要介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 他の保健医療・福祉サービスの担当者 患者署名

(別紙様式16)

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)	
患者住所	電話 () -	
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態	
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.
	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 IIa IIb IIIa IIIb IV M
	要介護認定の状況	要支援 要介護 (1 2 3 4 5)
装着・使用医療機器等	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. 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(サイズ)、日に1回交換 9. 人工呼吸器(陽圧式・陰圧式: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()	
留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項		
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援助・管理 4. その他		
在宅患者訪問点滴注射に関する指示(投与薬剤・投与量・投与方法等)		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
特記すべき留意事項(注:薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往等があれば記載して下さい。)		
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有:指定訪問看護ステーション名)		

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

(別紙様式 17)

精神訪問看護指示書 (基本療養費Ⅱ)

指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者住所	電話 () -	施設名
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況	病状・治療状況	
	投与中の薬剤の用量・用法	
	病識	
	日常生活自立度	認知症の状況 (I II a II b III a III b IV M)
治療の目標		
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項		
1 生活習慣、生活リズムの確立		
2 生活技術、家事能力、社会技能等の獲得		
3 対人関係の改善		
4 社会資源活用の支援		
5 その他		
緊急時の連絡先 不在時の対応法		
特記すべき留意事項		

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X .)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

(別紙様式18)

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

特別看護指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
病状・主訴	
留意事項及び指示事項(注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)	
点滴注射指示内容(投与薬剤・投与量・投与方法等)	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
電 話
(F A X.)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿

神経学的検査チャート

年 月 日 時 分

患者氏名 _____

患者ID _____

患者性別 男 女 年齢 _____

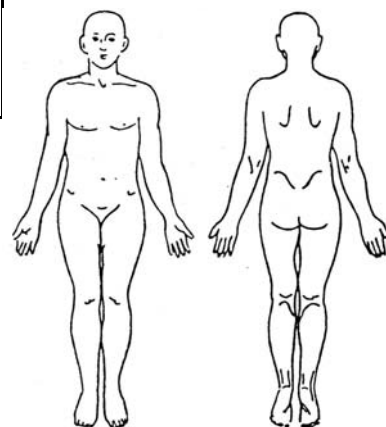
- 1) 精神状態 a) 意識 : 清明、異常 ()
 Japan coma scale (1, 2, 3, 10, 20, 30, 100, 200, 300)
 Glasgow coma scale (E 1, 2, 3, 4, V 1, 2, 3, 4, 5, M 1, 2, 3, 4, 5, 6 total)
- b) 感情・気分 : 正常、異常 ()
- c) 見当識 : 正常、障害(時間、場所、人)
- d) 検査への協力 : 協力的、非協力的
- e) 計算 : 100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 =
- f) 数字の逆唱 : 286, 3529
- g) 失行 (), 失認 ()
- 2) 言語 正常、失語(), 構音障害(), 嚙声
- 3) 利き手 右、左
- 4) 脳神経

	右	左
視力	正、低下	正、低下
視野	正、 	正、 
眼底	正常、動脈硬化()度、出血、白斑、うっ血乳頭、乳頭萎縮	
眼裂	> = <	
眼瞼下垂	(-) (+)	(-) (+)
眼球位置	正、斜視(), 偏視(), 突出()	
眼球運動		
眼振		
複視	(-) (+) (方向:)	
瞳孔 大きさ	(正、縮、散) mm > = < mm (正、縮、散)	
形	正円、不正	正円、不正
対光反射	速、鈍、消失	速、鈍、消失
輻湊反射	正常、障害	
角膜反射	正常、障害	正常、障害
顔面感覚	正常、障害	正常、障害
上部顔面筋	正常、麻痺	正常、麻痺
下部顔面筋	正常、麻痺	正常、麻痺
味覚	正常、障害()	
聴力	正常、低下	正常、低下
めまい	(-) (+) 回転性・非回転性 ()	
耳鳴り	(-) (+)	(-) (+)
軟口蓋	正常、麻痺	正常、麻痺
咽頭反射	(+) (-)	(+) (-)
嚥下	正常、障害()	
胸鎖乳突筋	正常、麻痺	正常、麻痺
僧帽筋	正常、麻痺	正常、麻痺
舌偏位	(-) (+) (偏位: 右 左)	
舌萎縮	(-) (+)	(-) (+)

- 5) 運動
- a) 筋ト一ヌス 上肢(右・左、正常 痙直 固縮 低下) その他()
下肢(右・左、正常 痙直 固縮 低下)
 - b) 筋萎縮 (-) (+) (部位:)
 - c) 線維束性収縮 (-) (+) (部位:)
 - d) 関節 変形、拘縮 (部位:)
 - e) 不随意運動 (-) (+) (部位: 性質:)
 - f) 筋力 正常、低下、麻痺 (部位: 程度:)

		右					左						右		左			
頸部屈曲	C1~6	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	上肢バレー	(-)	(+)	(-)	(+)
伸展	C1~T1	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	下肢バレー	(-)	(+)	(-)	(+)
三角筋	C5,6	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	Mingazzini	(-)	(+)	(-)	(+)
上腕二頭筋	C5,6	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0	握力	kg		kg	
上腕三頭筋	C6~8	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					
手関節背屈	C6~8	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					
屈曲	C6~8,T1	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					
母指対立筋	C8,T1	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					
腸腰筋	L1~4	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					
大腿四頭筋	L2~4	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					
大腿屈筋群	L4,5,S1,2	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					
前脛骨筋	L4,5	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					
腓腹筋	S1,2	5	4	3	2	1	0	5	4	3	2	1	0					

筋萎縮・感覚



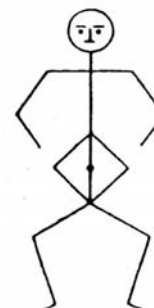
- 6) 感覚
- a) 触覚 正常、障害(部位:)
 - b) 痛覚 正常、障害(部位:)
 - c) 温度覚(温・冷) 正常、障害(部位:)
 - d) 振動覚 正常、障害(部位:)
 - e) 位置覚 正常、障害(部位:)
 - f) その他() 正常、障害(部位:)

7) 反射

	右		左			右		左		他病的反射	右		左	
下顎					膝蓋腱						(-)	(+)	(-)	(+)
上腕二頭筋					アキレス腱						(-)	(+)	(-)	(+)
上腕三頭筋					腹壁 上						(-)	(+)	(-)	(+)
腕とう骨筋					下						(-)	(+)	(-)	(+)
ホフマン	(-)	(+)	(-)	(+)	バビンスキー	(-)	(+)	(-)	(+)	膝クローヌ	(-)	(+)	(-)	(+)
トレムナー	(-)	(+)	(-)	(+)	チャドック	(-)	(+)	(-)	(+)	足クローヌ	(-)	(+)	(-)	(+)

8) 協調運動

	右		左	
指一鼻一指		正常、拙劣		正常、拙劣
かかと一膝		正常、拙劣		正常、拙劣
測定		正常、異常		正常、拙劣
反復拮抗運動		正常、拙劣		正常、拙劣



- 9) 髄膜刺激症状 項部硬直 (-) (+)、ケルニツヒ徴候 (-) (+)
- 10) 脊柱 正、側弯、前弯、後弯 ラゼーグ徴候 (-) (+)
叩打痛 (-) (+) 運動制限 (-) (+)
- 11) 自律神経症状 排尿機能 正常、異常()、排便機能 正常、異常()
起立性低血圧 (-) (+)、発汗機能 正常、異常()
- 12) 起立、歩行 ロンベルグ徴候 (-) (+)、マン徴候 (-) (+)
歩行 正常、異常()
つぎ足歩行(可能・不可能)、しゃがみ立ち(可能・不可能)

神経学的所見のまとめ

.....

神経学的検査担当医師

署名

(別紙様式20)

平成 年 月 日

主治医氏名	
1. 血漿成分製剤の種類及び輸注量等	
2. 血漿成分製剤輸注の必要性及び輸注を行わない場合の危険性等	
3. 血漿成分製剤の輸注により起こりうる副作用等	
4. 血漿成分製剤の輸注に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
5. その他留意点 (副作用 ・感染症救済制度等)	

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で血漿成分製剤輸注を受けることに同意しました。

(患者氏名) 印

(家族等氏名) 印

(患者との続柄:)

※ 患者の署名がある場合には家族等の署名は不要