医療的ケア・リハビリテーション指示書

施設名：医療型特定短期入所　みつばち

指示日　令和　　年　　月　　日　～令和　　年　　月　　日

※主治医判断で指示書の終了時期は設けずに記載も可。
但し状態変化が生じた際は指示書の書き換え必要とする。

区分		A1　A2　B1　B2 区分5　区分6　（その他：　　）		
氏名		様	生年月日	年　月　日
主たる傷病名				
現在の状況	病状 治療状態			
	内服薬 （用量/用法）			
	食事 ※基本的に胃ろう注入であっても経口摂取されている方は両方に記入お願いします。	□　経口摂取：　食事形態（　　） 食事制限の有無（　　） □　胃ろう：　栄養種類/量： □　腸ろう：　栄養種類/量： 注入速度：		
	装着・使用医療機器等 （番号に〇印）	1.人工呼吸器：　有　・　無　　機種： 2.気管カニューレ（種類：　　/カフ(なし・あり：　cc)） 3.酸素療法（　　L/min）　4.吸入器　5.中心静脈栄養 6.経管栄養（経鼻・胃ろう） 7.留置カテーテル（サイズ：　）　8.輸液ポンプ 9.ドレーン（部位：　　） 10.人工肛門　11.人工膀胱 12.吸引(口鼻：　Fr/気管：　Fr)　13.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	リハビリテーション：　□制限なし　□一部許可（下記に記載） ①関節可動域訓練　②筋力増強訓練　③全身調整訓練　④基本動作訓練 ⑤座位保持訓練　⑥日常生活動作訓練　⑦歩行訓練　⑧摂食・嚥下訓練 ⑨呼吸理学療法（　胸郭変形・無気肺予防・排痰目的：IPV、カフアシスト） ⑩その他（　　）

緊急時搬送先・連絡先	
感染症の有無	無　有（　型肝炎　MRSA　ESBL　緑膿菌　疥癬　その他：　）　不明

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歴等）

医療機関名　/　住所：
医師氏名　　：　　印
電話番号/FAX番号　：