

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 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名			生年月日	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 病状						
	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	J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2				
		認知症の状況	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)			
褥瘡の 深さ	DESIGN-R2020分類: D3 D4 D5 NPUAP分類: III度 IV度						
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 (部位 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. 人工肛門	12. 人工膀胱	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 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 [1日あたり () 分を週 () 回]							
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							
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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サ 時の留意事項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)							
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 有 : 訪問介護事業所名)							

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X .)
医 師 氏 名

印