

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	寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
	自立度	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.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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用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。

平成 年 月 日

医療機関名:
住 所:
電 話:
(FAX) :
医師氏名 :

印