

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 () ~ ()
点滴注射指示期間 () ~ ()

患者氏名	生年月日		() 歳	
患者住所	電話			
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)	
傷病名コード				
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	J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2	
		認知症の状況	I II a II b III a III b 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 D 3 D 4 D 5	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 (1/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。

医療機関名
住 所
電 話
(FAX.)
医師氏名

印

事業所

殿