

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・	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	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										
	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書への指示 (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
(F A X)
医 師 氏 名

印

事業所 訪問看護ステーション ころ 殿