

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 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
------	--

患者住所	電話
------	----

主たる傷病名	(1) (2) (3)
--------	-----------------------

現在の病状・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 (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。 年 月 日

医療機関名:
住 所:
電 話:
(FAX) :
医師氏名 :

印

殿