

# 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										
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	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	自 立 度	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      N P U A P 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

( F A X . )

医師氏名

印

事業所

殿