

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	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 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. リハビリテーション (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり20・40・60・()分を週()回(注: 介護保険の訪問看護を行う場合に記載)) 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、 <u>定期巡回・随時対応型訪問介護看護</u> 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

事業所

殿

印