

# 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<br>(該当項目に○等)   | 病状・治療<br>状 態   |                               |      |     |     |      |       |     |     |     |
|  | 投与中の薬剤<br>の用量・用法   | 1.                            | 2.   |     |     |      |       |     |     |     |
|  |  | 3.                            | 4.   |     |     |      |       |     |     |     |
|  |  | 5.                            | 6.   |     |     |      |       |     |     |     |
|  | 日常生活<br>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    | IIa | IIb | IIIa | IIIb  | 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<br>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 )<br>4. 吸引器                      5. 中心静脈栄養      6. 輸液ポンプ<br>7. 経管栄養 ( 経鼻・胃瘻 : サイズ , 日に1回交換 )<br>8. 留置カテーテル ( 部位 : サイズ , 日に1回交換 )<br>9. 人工呼吸器 ( 陽圧式・陰圧式 : 設定 )<br>10. 気管カニューレ ( サイズ )<br>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<br>2. 褥瘡の処置等<br>3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理<br>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<br>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<br>( 無 有 : 指定訪問看護ステーション名 )<br>たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示<br>( 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

事業所

殿