

(別紙様式 16)

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・ 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 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) さ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。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 氏 名

印

事業所

殿