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		~	年	月	日)
由力	千年夕		点滴注射指示期間 生年月日	 (年 J 年	月 日 · 月	\sim	<u>年</u> 日	月	日)
患者氏名			生 千万 日		+	Л		(歳)
患者	 住所				声	`				
ナたス作庁タ (1)			(2)		電話 () -	_			
主たる傷病名 (1)		(1)	(2)		()	o <i>)</i>				
現在の状況(該当項目に〇等)	病 状 ・ 治 療 状 態									
	投与中の薬剤	1. 2.								
	の用量・用法	3. 5.	4 . 6 .							
	日 常 生 活	寝たきり度	J 1 J 2		A 2 B 1	В 2	C 1	C 2		
	自 立 度	認知症の状況	I II a		∭a	Шb	IV	M		
	要介護認	定の状況	要支援(1 2	2)	要介護(1 2	3 4	5)	
	褥瘡 0	り深さ	DESIGN-R2020 分類	D3 D4	D 5	NPUA	P分類	Ⅲ度	IV度	
	装着·使用	1. 自動腹膜灌流装			3.酸素症			1,	/min])
0	医療機器等	4. 吸引器 7. 経管栄養	5. 中心静脈 (経鼻・胃瘻:		6. 輸液		П	に1回	7六场)
等		8. 留置カテーテル		サイズ		` `		に1回に1回		
			(陽圧式・陰圧))
		10. 気管カニューレ 11. 人工肛門	⁄(サイス 12. 人工膀胱)	13. その他	łı (,)
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										
										J
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理										
	 4. その他 		(A) F.Z.							
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)										
取夕	急時の連絡先									
	主時の対応									
特記	2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	リサービ	`ス利用
時の留	留意事項等があれば記載し	て下さい。)								
Μσ)訪問寿誰ステー	ションへの指示								
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)
		恒定の問有設へ/ ための訪問介護事業								,
(無有: 訪問介護事業所名)
	<u>、 </u>									
		. •					年	F]	日
		医療機関	19名							
		住	所							
		電 (FAX	話							
		医師氏名							印	

事業所