

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)									
傷病名コード												
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-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

事業所

殿

印