

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.	
	日常生活 自立度	寝たきり度		J 1		J 2		A 1		A 2	
	認知症の状況			I		II a		II b		III a	
	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	
	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)		6. 輸液ポンプ	
4. 吸引器		5. 中心静脈栄養		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	
9. 人工呼吸器 (陽圧式 ・ 陰圧式 : 設定				、		日に 1 回交換)		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 <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 4em; margin-right: 10px;">{</div> <div> 1 日あたり () 分を週 () 回 </div> <div style="font-size: 4em; margin-left: 10px;">}</div> </div> 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

(FAX.)

医師氏名

印

事業所

殿