

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 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)
点滴注射指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

患者氏名				生年月日		年 月 日 (歳)	
患者住所				電話番号			
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	NPUAP分類 (★)		III度	IV度	DESIGN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)		
	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 (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. ドレーン (部位:)				
	12. 人工肛門		13. 人工膀胱		14. 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 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり20・40・60・() 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)							
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。

令和 年 月 日

医療機関名
住所
電話
(FAX)
医師氏名

印