

**訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書**

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 日生 (歳) | |
| 患者住所 | | | 電話番号 | | |
| 主たる傷病名 | | | | | |
| 現在の 状態 | 病状・ 治療状態 | | | | |
| | 投薬中の薬剤 の用法・用量 | | | | |
| | 日常生活 自立度 | 寝たきり度 | 正常 | J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 | |
| | | 認知の状態 | 正常 | I IIa IIb IIIa IIIb IV M | |
| | | 要介護認定の状況 | 要支援 (1 2) | | 要介護 (1 2 3 4 5) |
| 装着・使用 医療機器等 | <input type="checkbox"/> 自動腹膜還流装置 <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (/min) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養装置 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃瘻 : チューブサイズ) 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (部位 : サイズ :) 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (サイズ) <input type="checkbox"/> ドレーン (部位) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | |
| 留意事項及び指示事項 | | | | | |
| I 療養生活上の留意事項 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 全身状態の管理 <input type="checkbox"/> 内服管理 (服薬補助) <input type="checkbox"/> 清潔保持 (入浴・爪切等) <input type="checkbox"/> 排泄管理 <input type="checkbox"/> 水分・栄養の確認 <input type="checkbox"/> 皮膚状態の確認 <input type="checkbox"/> 療養上の指導 <input type="checkbox"/> 家族のサポート <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | |
| II <input type="checkbox"/> 1. リハビリテーション (注 : 屋外歩行など自宅外での運動を行う場合も記載下さい。) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 2. 医療処置 (褥瘡や創傷の処置、人工肛門や浣腸処置等) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 3. 装置・使用機器等の操作援助・管理 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 不在時の対処法 | | | | | |
| 特記すべき留意事項 (注 : 薬の相互作用・副作用について留意点、薬物アレルギーの既往、運動の中止基準等があれば記載下さい。) | | | | | |
| 他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 : 訪問看護事業所名) | | | | | |
| 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、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX)

指定訪問看護ステーション

さかいリハ訪問看護ステーション・鎌ヶ谷 殿

医師氏名

印