

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)			
傷病名コード	(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. 3. 5.	2. 4. 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 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 )		
	褥瘡の深さ	DESIGN分類 D3 D4 D5 NPUAP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. 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 (注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載) 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・随時対応型訪問看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

印