

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								
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	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2					
		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-R2020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. 人口呼吸器 (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. 人口膀胱 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:指定訪問看護ステーション名)								

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