

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 明・大・昭・平・令 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.	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		
	要介護認定の状況	認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M			
	褥瘡の深さ	DESIGN-R2020 分類	D 3	D 4	D 5	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. 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: 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

殿