

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	様	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				
	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	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・胃ろう: 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. 装置・使用機器等の操作援助・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 : 指定訪問介護事業所名)					

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