## 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	$\sim$	年	月	日)
			点滴注射指	<b> </b>	(	年 丿		$\sim$	年	月	日)
患者	<b></b>		生年月日			年	,	月	月 (		歳)
患者	<b>计</b> 住所					電話(	)	_			
主た	こる傷病名	(1)	( :	2)		(;					
	病状·治療 状 態										
主 現在の状況(該当項目に○等) 留 I II 在 緊不特 在 系不特	投与中の薬剤	1.	2.								
	の用量・用法	3. 5.			4. 6.						
状	日 常 生 活	寝たきり度	J 1	J 2		A 2 B 1	В 2	C 1	C 2		
	自 立 度	認知症の状況	I	<b>Ⅱ</b> a	Пb	<b>Ⅲ</b> a	∭b	IV	M		
該当	要介護認	定の状況	要支援(	1 2		要介護 (	1 2		4 5		
項目	褥瘡 瘡		DESIGN-R2020					A P 分類			
に	装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌流 4. 吸引器		透析液供給 中心静脈栄		3.酸素源6.輸液流			1.	/min	)
○ 築		7. 経管栄養	(経鼻・			O. ##/IXA			日に1回	回交換	)
Ů		8. 留置カテーテ 9. 人工呼吸器			ナイズ				日に1回	回交換	)
		9. 人工呼吸器   10. 気管カニュー	( 陽圧式 レ(サイズ	• 层庄式	: 改止						)
		11. 人工肛門	12.	人工膀胱		13. その他	也 (				)
留意事項及び指示事項											
I	療養生活指導上的	の留意事項									
П	1. 理学療法士 ( 1日あたり 2. 褥瘡の処置:		 語聴覚士が行 を週(	う訪問看 )回							
	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	は与量・投	与方法	等)					
×111 —	時の連絡先										
	王時の対応 ロオベキ図音車項	(注:薬の相互作用・副作用	Hにヘいての図音点	・薬物でした	ゼーの既分	空期巡回。随	11生头1七刑量1	<b>門</b> 介護 <b>手</b> 諸	おみながね今み	削井二ド	ブ利田
	留意事項等があれば記載し		ひに シャ・くり 田息ぶ	、、来物)レル	1 VMIE.	、 定例应回 - 随	时入小小二	印기   安省  跨	€/又U¶发日≦	E, L	ンベリカ
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 <sup>、</sup>	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	<del>`</del>							
		訪問介護事業所名									)
上	:記のとおり、指売	示いたします。						年	J	Ħ	日
		医療機	関名								
		住	所								
		電	話								
		(FA) 医師氏:	*							印	
		区 即 人	11							⊢l₁	

事業所

## 精神科特別訪問看護指示書 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

特別看護指示	期間 (	年	月	日	$\sim$	年	月	日)
点滴注射指示	期間 (	年	月	日	$\sim$	年	月	日)
患者氏名	生年月日			年		月		日
						(		歳)
病状・主訴:								
	·							
一時的に訪問看護が頻回に必要	な理由:							
の音車頂及が投 <b>ー車</b> 頂 灬 にょい。	上並の扣子 佐田 三川 田	le avere	inate i-	2941.**	) = c.det.n==	・アン・・		
留意事項及び指示事項 (注:点滴注線 (該当する項目に〇をつけてください)	1条の相互作用・副作用	についての	留意点	かめれば	記載して	L9(/°)		
(酸当りる場合に)を うり ( へんさい) ( 複数名訪問の必要性 あり ・	なし							
理由:1. 暴力行為、著しい迷		う為等が話	以めら	れる者				
2. 利用者の身体的理由					困難と調	忍められる	る者	
3. 利用者及びその家族				- RAM	H	_ / 2,7		
4. その他(							)	
短時間訪問の必要性あり・	なし						•	
理由: (							)	
							•	)
特に観察を要する項目(該当す 1 服薬確認 2 水分及び食物摂取の状況 3 精神症状(観察が必要な事項: 4 身体症状(観察が必要な事項: 5 その他( 点滴注射指示内容(投与薬剤・		)						
緊急時の連絡先等								
上品ックに 40 ツ、 1日/1 V 7に しよ り。					年	J.	1	日
					1 -	<i>)</i> .		H
医療	幾関名							
電	話							
(FA	A X.)							
医師	氏名							印

事業所

## 特別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

	特別看護指示期	間	(	4	丰	月	日	$\sim$		年	月	日)
	点滴注射指示其	間	(	4	丰	月	日	$\sim$		年	月	日)
患者氏名		生年	月日				年		,	月		日
									(			歳)
病状・主訴:												
   一時的に訪問看	護が頻回に必要な	理由										
. 443(-83)(4)		-1.	•									
留意事項及び指		の相互作	作用・副作	用につい	ての	留意点	があれば	ず記載し	て下さ	い。)		
点滴注射指示内	容(投与薬剤・持	殳与量	量・投与	与方法	等)	)						
Fig to the annual to the	. <i>k-k-</i>											
緊急時の連絡先	<b>二等</b>											
上記のとおり、指	 示いたします。											
711111111111111111111111111111111111111	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,							白	Ē.	月		日
	医療機	関名										
	電	話										
	(FAX											,
	医師氏症	名										印
事業所			殿									