

# 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