

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)							
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. 3. 5.	2. 4. 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. リハビリテーション・屋外歩行訓練										
〔 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり20・40・60・()分を週()回(注：介護保険の訪問看護を行う場合に記載) 〕										
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

(F A X .)

医師氏名

印

指定訪問看護ステーション 宮沢の太陽 殿