

# 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<br>(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.         |                    |          |          |       |     |     |     |
|   | 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<br>( 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<br>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<br>( 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<br>( 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

指定訪問看護ステーション 宮沢の太陽 殿