

# 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・治療状況									
	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 ( 1 /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 ( 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