

# 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.	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
	要介護認定の状況	認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	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

事業所 ひまわり訪問看護ステーション 殿