

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 明・大・昭・平・令 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	
	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 屋外歩行: 可・否]		
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 : 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 指 名

印