

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					(歳)		
患者住所	電話									
主たる傷病名										
病状・治療 状										
現在の 状況・ 該当項目に○等	投与中の薬 剤の用量・ 用法	1	2	3	4	5	6	7	8	9
		10	11	12	13	14	15			
	日常生活 自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		認知の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	要介護度認定の状況	要支援 (1 2)	要介護 (1 2 3 4 5)							
褥瘡の深さ	NPUAP分類	III度	IV度	DESIGN分類	D3	D4	D5			
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 (/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 : チューブサイズ						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 □ 屋外歩行の実施の許可をする □ リハ中の適宜の喀痰吸引を許可する										
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) 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) 訪問介護事業所名:										

上記の通り、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住所
電話
(FAX)
医師氏名