

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	I IIa IIb IIIa IIIb IV M				
	褥 瘡 の 深 さ	要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5)				
	装着・使用 医療機器等	DESIGN-R2020分類 D3 D4 D5 NPUAP分類 III度 IV度				
		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 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 不在時の対応先						
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。

医療機関名

住所

電話

(F A X)

醫師氏名

事業所

印

殿