

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 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	
		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 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 (/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・胃ろう：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. 装置・使用機器等の操作援助・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 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)

醫師氏名

印

事業所

殿