

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)
症病名コード		
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	自立 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(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(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. ドレーン(部位:) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. 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 (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 1日当たり()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:指定訪問介護ステーション名)		

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
(FAX .)

医師氏名

印

医療法人 人生寿会 定期巡回 かわな 殿