

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

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		電話番号			
主たる傷病名		(1)	(2)	(3)	
傷病名コード					
現 在 の 状 況	病状・治療状態				
	投薬中の 薬剤の 用量・用法	1. 3. 5.		2. 4. 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 II a II b III a III b 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 (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. リハビリテーション
 1日あたり()分を週()回
 2. 褥瘡の処置等
 3. 装置・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 ・ 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 氏 名