

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	(1)	(2)	(3)							
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	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
		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 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり 20・40・60・()分を週()回 (注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載)										
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										
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