

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(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)
点滴注射指示期間(平成 年 月 日 ~ 平成 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																		
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.											4.					
		2.											5.					
		3.											6.					
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2								
		痴呆の状況	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		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																		
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、定期巡回・随時対応型訪問看護及び複合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、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

住所

電話

(FAX)

医師氏名

印

訪問看護リハビリステーションはる 殿

