

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

