

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		() 歳	
患者住所				電話 ()		ー	
主たる傷病名		(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	J1	J2	A1	A2	B1
		認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb
	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－R2020分類		D3	D4	D5	NPUAP分類
	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(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. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 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)

醫師氏名

事業所 訪問看護ステーション あららぎ

下舞 和輝

殿