

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											
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態										
	投薬中の薬剤の用量・用法	1.				2.					
		3.				4.					
		5.				6.					
		7.				8.					
	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-R2020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 (l/min)			
		4. 吸引器		5. 中心静脈栄養		6. 輸液ポンプ					
		7. 経管栄養 (
		8. 留置カテーテル									
		9. 人工呼吸器									
		10. 気管カニューレ									
		11. 人工肛門		12. 人工膀胱		13. その他					

〈事項へ続く〉

患者氏名

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

1日あたり 分を週 回

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

(FAX)

医師氏名

印

事業所 訪問看護ステーションととのえ 殿