

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(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 日生 (歳)		
患者住所				電話番号		
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)			
現在の状況	病状・治療状態					
	投薬中の薬剤の用法・用量					
	日常生活自立度	寝たきり度	正常	J1 J2	A1 A2	B1 B2 C1 C2
		認知症の状態	正常	I	IIa IIb	IIIa IIIb IV V
	要介護認定の状況	要支援(I II) 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(○印)	1. 自動腹膜還流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法(/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. 人口呼吸器(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 2. 褥瘡などの処置 3. 装置・使用機器等の操作援助・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 不在時の対処法						
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

医師氏名

印

指定訪問看護ステーション
訪問看護リハビリステーション ヒューマン・ケア総合センター 殿