

# 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(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

点滴注射指示期間(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

ふりがな			生年月日	明・大 年 月 日( 歳) 昭・平・令						
患者氏名										
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.				2.				
		3.				4.				
		5.				6.				
	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	
		要介護度認定の状況	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( /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:チューブサイズ						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										
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など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 )										

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

F A X

医師氏名

印