

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	西暦 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(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 (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
(FAX)
医師氏名

印

事業所 訪問看護ステーション angel time

殿