

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 () -						
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	
	要介護認定の状況	認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
	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(1/min)		4. 輸液ポンプ			
	7. 経管栄養(経鼻・胃瘻:サイズ	8. 留置カテーテル(部位: サイズ		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											
III 1. バイタルサイン、症状の観察 2. 胎児心音チェック(妊婦のみ) 3. 育児支援・相談 4. 乳房ケア、授乳・哺乳状態の観察・指導 5. 保健指導 6. 精神的支援 7. 家族支援 8. 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)

医 師 氏 名

印

事業所 Your Nurse訪問看護ステーション

殿