

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		C2		
	要介護認定の状況	認知症の状況		I		II a		II b		III a		III b		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 (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														
III 1. バイタルサイン、症状の観察 2. 体重チェック 3. 哺乳の状態・哺乳量のチェック 4. 排泄のチェック 5. 発育・発達状態の観察 6. 母乳育児支援 7. 育児支援・相談 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