

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	
患者住所		電話（ ）－（ ）	
主たる傷病名		(1)	(2)
傷病名コード		(3)	
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

(F A X)

醫師氏名

事業所 Your Nurse訪問看護ステーション

印