

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	明・大・昭・平・令 年 月 日		(歳)				
患者住所										
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)							
症病名コード										
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	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	要介護認定の状況	自立		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 (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 (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日当たり()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:指定訪問介護ステーション名										

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 ハートリード訪問看護ステーション

殿