

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 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)

患者氏名		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
------	--	-------------------------

住所	〒 —	電話
----	-----	----

主たる傷病名	
--------	--

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	寝たきり度	J 1	J 2	A1	A2	B1	B2	C1	C2		
	自立度	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)		経過的要支援			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 (/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:チューブサイズ) 、 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 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)

上記のとおり、指示いたします。 平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医師氏名

済生会ならしの訪問看護ステーション殿

印