

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 29 年 2 月 1 日 ～ 平成 29 年 2 月 1 日）
点滴注射指示期間（平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日）

患者氏名	田中 花子 様	生年月日	明 ・ 大 ・ (昭) ・ 平 19 年 8 月 28 日 (74 歳)							
患者住所	電話									
主たる傷病名	(1)	(2)	(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.				
		3.	4.			5.				
		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	自立		要支援 (1 2)			要介護 (1 2 3 4 5)				
褥瘡の深さ	DESIGN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. 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、定期巡回・随時対応型訪問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、指示致します。

年 月 日

医療機関名
住 所

(電話)
(FAX)

電 話
(F A X)

殿 医師氏名

印