

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	殿	生年月日	年 月 日生(歳)
患者住所	電話 () -		
主たる傷病名			
病状・治療 状態			
投与中の 薬剤の 用法・用量	1. 2. 3.	4. 5. 6.	7. 8. 9.
日常生活 自立度	寝たきり度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
	認知症の状況	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> II-a <input type="checkbox"/> II-b <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> III-a <input type="checkbox"/> III-b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
要介護認定の状況		要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)	
装着・使用 医療機器等 (番号に ×印)	<input type="checkbox"/> 1.自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 2.透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 3.酸素療法(12/min) <input type="checkbox"/> 4.吸引器 <input type="checkbox"/> 5.中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 6.輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 7.経管栄養(経鼻・胃瘻:チューブサイズ) <input type="checkbox"/> 8.留置カテーテル(サイズ) <input type="checkbox"/> 9.人工呼吸器(陽圧式・陰圧式:設定) <input type="checkbox"/> 10.気管カニューレ(サイズ) <input type="checkbox"/> 11.ドレーン(部位:) <input type="checkbox"/> 12.人工肛門 <input type="checkbox"/> 13.人工膀胱 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1.リハビリテーション <input type="checkbox"/> 2.褥創の処置等 <input type="checkbox"/> 3.装着・医療機器等の操作援助・管理 <input type="checkbox"/> 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症等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 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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

〒901-1111
沖縄県南風原町字兼城274番地の1

TEL: 098-889-8913
FAX: 098-889-8923

ふたば訪問看護ステーション

医療機関名

住 所

電 話 () -

(FAX) () -

医 師 氏 名

印

殿