

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

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 (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. 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	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 (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、定期巡回・随時対応型訪問看護看護およ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。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX .)

医師氏名

印

事業所 ふたば訪問看護ステーション

殿