

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	年月日 (歳)						
患者住所				電話() -						
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)							
傷病名コード										
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. 3. 5.	2. 4. 6.							
	日常生活自立度	寝たきり度 認知症の状況	J1 I	J2 IIa	A1 IIb	A2 IIIa	B1 IIIb	B2 IV	C1 M	C2
	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-R2020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 4. 吸引器 7. 経管栄養(経鼻・胃瘻: サイズ 8. 留置カテーテル(部位: サイズ 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	2. 透析液供給装置 5. 中心静脈栄養 、 、	3. 酸素療法(1/min) 6. 輸液ポンプ 日に1回交換) 日に1回交換))))						
		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. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護

1日あたり()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、定期巡回・臨時対応型訪問介護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、指示いたします。

年月日

医療機関名

住所

電話
(F A X)

医師氏名

印

事業所 いざみ訪問看護ステーション