

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～ 年 月 日)
点滴注射指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)

(ふりがな)			生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)		
患者氏名				電話 () -		
患者住所						
主たる傷病名						
現在の状況 (該当項目に○等)	現在の病状・治療・状態					
	投与中の薬剤の用量・用法					
	日常生活自立度	寝たきり度	J	A	B	C
		痴呆の状況	I	II	III	IV M
	要介護認定の状況	要支援	要介護	1	2	3 4 5
	褥創の深さ	NPUAP分類(Ⅲ度 Ⅳ度)		DESIGN分類(D3 D4 D5)		
	装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜還流装置 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. 褥創の処置など						
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(投薬薬剤・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、感染症、定期巡回、随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ください。)						
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。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
FAX
医師 氏名

印

指定訪問看護ステーション

医療法人社団 晃進会
訪問看護ステーション よろこび 殿