

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)

(ふりがな)				生年月日		明治・大正・昭和・平成 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)	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		要介護 (1 2 3 4 5)							
褥瘡の深さ		NPUAP分類(III度 IV度)				DESIGN分類(D3 D4 D5)					
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置	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 (無 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

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

殿