

# 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									
	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	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
		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-R2020 分類		D 3	D 4	D 5	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 ( 部位 :    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. 人工肛門		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										
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  
(FAX.)  
医師氏名

印

あすみ訪問看護ステーション

殿