

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	明・大・昭・平		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			
	要介護認定の状況	認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M				
	褥瘡の深さ	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)		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 (/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 ()									
I 療養生活指導上の留意事項													
II 指示事項													
1. リハビリテーション (リハビリテーションが必要な場合には該当箇所○を記載) (関節可動域訓練 ・ 筋力増強運動 ・ 歩行訓練 ・ 屋外歩行 ・ ADL訓練 ・ IADL訓練 その他 :)													
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があれば記載)													
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書への指示 (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

こじか訪問看護ステーション

所長 松園 進矢

殿