

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 | 病状・治療状態 | | | | | | | | | |
| | 投与中の薬剤の用量・用法 | 1. | 2. | | | | | | | |
| （該当項目に○等） | 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 | 褥瘡の深さ | I | IIa | IIb | IIIa | IIIb | IV | M | |
| | 要介護認定の状況 | 褥瘡の深さ | 要支援 (1 2) | | | 要介護 (1 2 3 4 5) | | | | |
| | 褥瘡の深さ | 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. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 ① ()1日あたり40分を週1回以上 ()1日あたり60分を週1回以上 ※該当に○を記載 ② 屋外歩行 (可 ・ 不可) ※該当に○を記載 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

こじか訪問看護ステーション
所長 松園 進矢 殿

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印