

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 (令和 年 月 日～令和 年 月 日)

点滴注射指示期間 (令和 年 月 日～令和 年 月 日)

患者氏名			生年月日	年 月 日生 (歳)					
患者住所	電話								
主たる傷病名									
現在の状況	症状・治療 状態								
	投与中の薬 剤の用量・ 用法	1.				2.			
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	II a	II b	III a	III b	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分類 D3 D4 D5			NPUAP分類			III度	IV度
該当項目に○等	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 (I/min)			
		4. 吸引器		5. 中心静脈栄養		6. 輸液ポンプ			
		7. 経管栄養 (: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 (: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. 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、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)									
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)									

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所

電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印

事業所

東庄町訪問看護ステーション

殿