

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 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (平成 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	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		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									
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。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印