

# 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・令 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	
	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分類 D3 D4 D5	NPUP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. リハビリテーション 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 : 指定訪問看護ステーション名			

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

