

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	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・治療状態									
	投与中の薬剤の用量・用法	1.	2.	3.	4.	5.				
	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	DESIGN-R2020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 (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. 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)										
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: 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

事業所

訪問看護ステーションもんぷら

殿