

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 大・昭・平・令 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 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 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. 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。 令和 年 月 日
医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 氏 名

印

- 訪問看護ステーションひまわり越谷 Fax.048-972-6733
 訪問看護ステーションひまわり草加 Fax.048-951-2516