

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 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 状況・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 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 <input type="checkbox"/> (※屋外歩行訓練が必要な場合にはチェックしてください) 〔理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて〕 1日あたり 20・40・60()分を週()回(注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載)			
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。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(F A X)

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