

(別紙様式16)

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)	症状・治療状態	※パーキンソン病の場合は必ずご記入下さい。 Hoehn&Yahrの重症度分類 (1 2 3 4 5 度) 生活機能障害度 (I II III 度)								
	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	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
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、定期巡回・臨時対応型訪問看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、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション
済生会訪問看護ステーションかみす 殿