

# 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 病状									
	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-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										
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

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