

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 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

点滴注射指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名			生年月日	明・大・昭・平	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	要介護(1 2 3 4 5)						
褥瘡の深さ			NPUAP分類	III度	IV度	DESIGN分類			D3 D4 D5	
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 (/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(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.ドレーン(部位:							
	12.人工肛門	13.人工膀胱	14.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)										

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住所
電話
(FAX)
医師氏名

印

済生会訪問看護ステーションかみす

殿