

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示

※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)								
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	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
	自立度	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											
II1. リハビリテーション 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、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

住 所

電 話

(F A X)

医師氏名

印

事業所 千葉メディカルセンター訪問看護ステーション 殿