

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	明・大・昭・平		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
	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(/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()							
Ⅰ 療養生活指導上の留意事項									
Ⅱ 指示事項 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 ① () 1日あたり40分を週1回以上 ※該当に○を記載 ② 屋外歩行訓練 (可 ・ 不可) ※該当に○を記載 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)									
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書への指示 (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

こじか訪問看護ステーション
管理者 増満 千秋 殿

印