

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

訪問看護指示期間（令和 年 月 日～令和 年 月 日）

点滴注射指示期間（令和 年 月 日～令和 年 月 日）

患者氏名	生年月日 / / 歳	
患者住所	電話	
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況	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	寝たきりの状況	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
	認知症の状況	I IIa IIb IIIa IIIb IV M
該当項目に○等	要介護度認定の状況	要支援(1 2) 要支援/経過 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(l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸血ポンプ 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. 人口膀胱 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 【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】		
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があれば記載してください。)		
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)		
たんの吸引などの実施のための訪問介護事業所への指示 (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。

令和 年 月 日

医療機関名

住 所
電 話

F A X

医師氏名

印

事業所 日の出ヶ丘訪問看護ステーション 殿