

# 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)								
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.					
	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	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		D 3	D 4	D 5	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. 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											
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  
(FAX.)  
医師氏名

印