

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	()				
患者住所			年	月	日	()				
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)							
現在の状況 (該当する項目に○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	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
		認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	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-R2020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 (1/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 : 設置部位)									
	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. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護

[1日あたり () 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

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)

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

(F A X .)

医 师 氏 名

印

事業所

カノン訪問看護ステーション

殿