

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( 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 日生 ( 歳)		
患者住所	電話番号					
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)			
傷病名コード						
現在の状況	病状・治療状態					
	投薬中の薬剤の用法・用量					
	日常生活自立度	寝たきり度	正常	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
		認知症の状態	正常	I IIa IIb IIIa IIIb IV V		
	要介護認定の状況	要支援(I II) 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(○印)	1. 自動腹膜還流装置      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. 人口呼吸器(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. 褥瘡などの処置  3. 装置・使用機器等の操作援助・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 不在時の対処法						
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、 <u>定期巡回・随時対応型訪問介護看護</u> 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

医師氏名

印

指定訪問看護ステーション  
ウェルフォース訪問看護ステーション船橋