

# 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										
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.	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	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	NPUAP分類		III度	IV度	DESIGN分類		D 3	D 4	D 5
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. 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、療養生活に必要な支援										
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

( F A X )

医師氏名

スマイルリハ訪問看護ステーション船橋 殿