

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 (歳)	
患者住所	電話番号			
主たる傷病名				
現在の状況	病状・治療状態			
	投薬中の薬剤の用量・用法	1. 3. 5.	2. 4. 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	
	要介護認定の状況	認知症の状況	I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
	褥瘡の深さ	DESIGN分類	D 3 D 4 D 5	NPUAP分類
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・ 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. 装置・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				
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示				

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

一般社団法人 清風の会
けやき通り訪問看護ステーション 殿

印