

# 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 (平成 年 月 日～ 年 月 日)  
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	生年月日	明・大・昭・平 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	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		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〉 D3 D4 D5		
	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( / min) 4.吸引機                                      5.中心静脈栄養                      6.輸液ポンプ 7.経管栄養(経鼻・胃瘻:チューブサイズ                      日に一回交換) 8.留置カテーテル(サイズ                      日に一回交換) 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.ドレーン(部位: ) 12.人工肛門                                      13.人工膀胱                                      14.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

2.褥瘡の処置

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症等があれば記載してください)

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)

上記の通り、指示致します。

平成 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
(F A X)  
医師 氏名

印