

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(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)
点滴注射指示期間(令和 年 月 日 ~ 令和 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	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	DESIGN分類	D3	D4	D5	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) 8. 留置カテーテル (部位: サイズ) 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。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X .)
医師氏名

しもふり訪問看護ステーション 殿 印