

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

患者氏名	男・女	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)										
患者住所											電話番号	() —	
主たる傷病名													
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												
	日常生活 自立度	寝たきり度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2		
		認知症の状況	無	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			Ⅲ度	Ⅳ度			
		感染症	1: HBs. HCV. ワ氏. MRSA. 真菌. 緑膿菌. 疥癬. その他 () 2: 無 3: 不明										
	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 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 装着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 (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者への指示 (無 有: 訪問介護事業所名)													

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

八幡医師会訪問看護ステーション殿
 TEL 681-3300
 FAX 681-3317

医療機関名
 住 所
 電 話
 (F A X)
 医 師 氏 名

印