

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()			
主たる傷病名					
現在の状況 (該当項目に○等)	現状・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	J1 J2	A1 A2	B1 B2
	痴呆の状況	I	IIa IIb	IIIa IIIb	IV M
	要介護認定の状況	要支援 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.吸引器 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1回交換) 8.留置カテーテル(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.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 呼吸リハビリ 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 保清・排泄援助・服薬管理					
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)					
緊急連絡先 不在の対応法					
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等があれば記入して下さい。)					
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)					

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関
住 所
電 話
(FAX)
医師氏名

印