

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 (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 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳) |
|------|--|

| | |
|------|----|
| 患者住所 | 電話 |
|------|----|

| | | | |
|--------|-----|-----|-----|
| 主たる傷病名 | (1) | (2) | (3) |
|--------|-----|-----|-----|

| | | | |
|--------|--|--|--|
| 傷病名コード | | | |
|--------|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|---------------------------|-----------------|------------|-----------------------|------|---------|-------|-----|-----|---------|------------------|--|
| 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 | 1. | 2. | 3. | 4. | 5. | 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 | II a | II b | III a | III b | IV | M | | | |
| | 褥瘡の深さ | DESIGN-R2020 分類 | D 3 | D 4 | D 5 | NPUAP分類 | III度 | IV度 | | | | |
| | 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. 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. 装着・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

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所への指示
(無 有: 訪問介護事業所名)

上記のとおり、指示いたします。 年 月 日

医療機関名:
住 所:
電 話:
(F A X) :
医師氏名 :

印

殿