

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 ~ 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 日生 (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	症状・治療状態									
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 3. 5.			2. 4. 6.					
()	日常生活自立度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
		認知症の状況	a		b	a	b	M		
該当項目に等	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-R2020分類		D 3	D 4	D 5	N P U A P分類		度	度
等	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 (: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 (: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 療養生活指導上の留意事項										
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)										
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)										

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

印

事業所

天宣会
北柏訪問看護ステーション

殿