

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														
主たる傷病名 (傷病名コード)		() () ()				() () ()														
現在 の 状 況	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		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-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		自動腹膜灌流装置 吸引器 経管栄養 (:チューブサイズ [°] 留置カテーテル (部位 サイズ [°] 人工呼吸器 (:設定) 気管カニューレ (サイズ [°]) 人工肛門 人工膀胱 その他 :				透析液供給装置 中心静脈栄養 酸素療法 (l/min) 輸液ポンプ 日に1回交換) 日に1回交換)													
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 不在時の対処																				
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、 <u>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</u> 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、訪問看護の実施を指示いたします。 令和 年 月 日

医療機関名
住 所

電 話
(FAX)
指定訪問看護ステーション

指定訪問看護ステーション あきる台ケアサービス 殿 医師氏名

印