

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～平成 年 月 日)
 点滴注射指示期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)
 特別訪問看護指示期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)

患者氏名	様	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ()歳														
患者住所											電話 () -						
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)														
現在の状況 (該当項目に○)	病状・治療状態																
	投与中の薬剤の用法・用量	1. _____			2. _____			3. _____			4. _____			5. _____			6. _____
	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	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	V	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	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 (_____ 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(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()											
留意事項および指示事項																	
I 療養生活指導上の留意事項																	
II 1. リハビリテーション																	
2. 褥創の処置等																	
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

平成 年 月 日

指定訪問看護ステーション

玉名郡市医師会訪問看護ステーション

様

医療機関名

住所

電話番号

(FAX.)

医師氏名

印