

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		(歳)									
患者住所		電話											
主たる傷病名													
病状・治療 状 態													
現在の 状況・ 該当 項目に ○等	投与中の薬 剤の用量・ 用法	1 4 7 10 13	2 5 8 11 14	3 6 9 12 15									
	日常生活 自立度	寝たきり度 認知の状況	J1 I	J2 IIa	A1 IIb	A2	B1 IIIa	B2 IIIb	C1 IV	C2 M			
	要介護度認定の状況		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 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 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (サイズ) 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 (リハビリスタッフによる吸引の必要 有 ・ 無) 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載してください。)													
他の訪問看護ステーションへの指示 訪問看護ステーション名:													

上記の通り、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