

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	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○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 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
	認知症の状況	I II a II b III a III b 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 D3 D4 D5	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 4. 吸引器 7. 経管栄養(経鼻・胃瘻:サイズ 8. 留置カテーテル(部位: 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. 人工肛門 12.人工膀胱 13.その他(2. 透析液供給装置 5. 中心静脈栄養 、 、))))
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・随時対応型訪問看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

事業所 すずらん訪問看護ステーション

大木 智恵

殿