

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 明・大・昭・平・令 年 月 日	(歳)	
患者住所					
	電話 () -				
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)		
症病名コード					
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
		認知症の状況	A2	B1	B2
			C1	C2	
要介護認定の状況	自立	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	
装着・使用等医療機器	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 (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて) 1日当たり()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:指定訪問介護ステーション名)					

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

24QQ訪問看護ステーション武蔵野
ご担当者様

医療機関名
住 所
電 話
(FAX .)
医 師 氏 名

印