

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）

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生（ 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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
		認知症の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
		要介護認定の状況	<input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) 要介護 (1 2 3 4 5)			
	褥瘡の深さ	DESIGN 分類 <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> D5		NPUAP 分類 <input type="checkbox"/> III度 <input type="checkbox"/> IV度		
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 (/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 (部位: 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. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. 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						
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・臨時対応型訪問介護看護及び第一号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、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 氏 名

葵訪問看護ステーション 殿

印