

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 | | | | | | | | | | |
| 現在の状況 | 症状・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 | J 1 | J 2 | A 1 | A 2 | B 1 | B 2 | C 1 | C 2 | |
| | 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分類 | | D 3 | D 4 | D 5 | 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 | 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 (| :チューブサイズ | | | | 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 (| :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・随時対応型訪問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) | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | |

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所

電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印

事業所

株式会社 清心
みのり地域看護ステーション

殿