

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							
患者住所							(歳)			
主たる傷病名		(1)	(2)	(3)						
傷病名コード										
現在の状況(該当項目に○等)	病状・治療状									
	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	IIa	IIb	IIIa	IIIb	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		2. 透析液供給装置 5. 中心静脈栄養 、 、		3. 酸素療法 (1/min) 6. 輸液ポンプ 、 、			日に1回交換 日に1回交換)		
	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									
	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、随時対応型訪問介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
(FAX.)

医師氏名

事業所

殿

印