

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 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)
点滴注射指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

患者氏名	様	生年月日	年 月 日 (年齢:生年月日と記載日を入力してください)
患者住所			☎電話 — —
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
傷病名コード			
現在の状況	病状・治療状態		
	投薬中の薬剤の 用量・用法	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____	
	日常生活自立度	寝たきり度	認知症の状況
	要介護認定の状況	褥創の深さ	DESIGN分類 NPUAP分類
	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 (経鼻 : サイズ _____ 、 _____ 日に一回交換) 8. 留置カテーテル (部位 _____ サイズ _____ 、 _____ 日に一回交換) 9. 人工呼吸器 (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 [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 一日当たり _____ 分を週 _____ 回] 2. 褥瘡の処置等 3. 装置・使用医療機器などの操作援助・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 不在時の対応方法			
特筆すべき留意事項 (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ください。)			
他の訪問看護ステーションへの指示 (_____ : 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 (_____ : 訪問介護事業所名 _____)			

上記の通り、指示いたします。

令和 年 月 日

事業所 _____ 医療機関名 : _____
 _____ 住 所 : _____
 _____ 電 話 : _____
 _____ (FAX) : _____
 _____ 医師氏名 : _____

訪問看護スターリングケア 殿

印