

訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書

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	年 月 日 (歳)			
患者住所	TEL						
主たる傷病名							
現在の状況	症状・治療状態						
	投与中の薬剤の用法・用量	1.	2.	3.			
		4.	5.	6.			
	日常生活	寝たきり度	自立	J1	J2	A1	A2 B1 B2 C1 C2
	自立度	認知症の状況	自立	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 分類 D3 D4 D5 / NPUAP 分類 III度 IV度					
装着・使用医療機器等(該当番号に○印)	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. 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							
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 (無 ・ 有 : 殿)							
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 : 殿)							

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名

印

ホープリハビリ訪問看護ステーション 殿