

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 平成 年 月 日～ 年 月 日
点滴注射指示期間 平成 年 月 日～ 年 月 日

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)								
患者住所	電話 - -								
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)						
(該現在の項目に況○など)	病状・治療状況								
	投与中の薬剤の用量・用	1.	2.	3.	4.	5.	6.	□別紙添付	
	日常生活自立度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	認知症生活自立度	I	II	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	NPUAP分類: III度		IV度		DESIGN分類: D3			D4	D5
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 (/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:チューブサイズ、 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (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. 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:指定訪問看護ステーション名)									

上記のとおり、指示する。

平成 年 月 日

医療機関名:
住所:
電話:
FAX:
医師氏名

印