

# 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 ～ 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 日生（ 歳）							
患者住所		電話（ ） -									
主たる傷病名		(1)		(2)				(3)			
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・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	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
		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		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		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・胃瘻：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		（陽圧式・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											
(該当項目に○)											
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 ：指定訪問介護事業所名 ）											

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

町田市医師会訪問看護ステーション殿

㊞