

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 ～ 年 月 日）
 点滴注射指示期間（令和 年 月 日 ～ 年 月 日）

患者氏名			生年月日	大・昭・平・令 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	NPUP 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。

令和 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

㊞