

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

| | | | | | | | |
|--|----------------------|-----------------------------------|--------------------------|----------------------|---------------|--------------------|-----|
| フリガナ | | | | | | | |
| 患者氏名 | | | | | | | |
| 生年月日 | M・T・S・H | 年 | 月 | 日 | 歳 | 性別 | 男・女 |
| 患者住所 | | | | | | 電話 | : |
| 主たる傷病名 | | | | | | | |
| 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 4 7 10 | 2 5 8 11 | 3 6 9 12 | | | |
| | 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・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M | | | | |
| | 要介護認定の状況 | 自立・要支援(1・2)・経過的要介護・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) | |
| | パーキンソン病 重症度分類 | Hoehn-Yahrの重症度分類 | | stageⅢ・stageⅣ・stageⅤ | | | |
| | | 生活機能障害度 | | Ⅱa・Ⅱb・Ⅲ | | | |
| | 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(/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(屋外リハビリ:可・不可) | | | | | | | |
| 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歴、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:訪問看護事業所名:) | | | | | | | |

上記のとおり、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