

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