

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 (歳)							
患者住所								電話 () -		
主たる傷病名										
現在の状況 (番号に○印)	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	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	要介護認定の状況	要支援	要介護 (1 2 3 4 5)							
	褥創の深さ	NPUAP分類	III度	IV度	DESIGN分類			D3	D4	D5
	装着・使用 医療機器等	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. 装置・使用医療機器などの操作援助・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: 訪問看護ステーション名)										

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

印