

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	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)								
患者住所	電話 () -										
主たる傷病名	①	②	③								
傷病名コード											
現在の状況	病状治療状態										
	投与中の薬剤の用量・用法	※別紙添付可 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8.				※わかればご記入下さい MRSA (- +) HCV抗体 (- +) HB抗体 (- +) その他 (- +)					
	日常生活自立度	寝たきり度	正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		認知症の状況	正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	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	NPUAP分類 III度 IV度			DESIGN分類 D3 D4 D5						
	装着・使用医療機器等 (○印)	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (/min) 労作時 (/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. 胃瘻固定水の確認 (不要・要 日に1回交換) 9. 留置カテーテル (サイズ 日に1回交換) 10. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式 : 設定) 11. 気管カニューレ (サイズ) 12. ドレーン (部位 :) 13. 人工肛門 14. 人工膀胱 15. その他 ()									
留意事項及び指示事項		栄養管理	排泄管理	感染管理	看護師による清潔援助						
I 療養生活指導上の留意事項		合併症の早期発見・予防			服薬管理指導	介助者を含めた精神的援助					
		その他 () (○印)									
II		1. 理学療法士が行う訪問看護 1日あたり40分を週()回			屋外リハビリ(要・不要)						
		()									
		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 () (○印)									
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											
不在時の対処法											
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第一号複合型サービス利用時留意事項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 : 指定訪問看護ステーション名)											
たん吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無・有 : 訪問介護事業所名)											

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

(指示日) 令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
(フリガナ)
医 師 氏 名

印

大田区石川町2-7-1

田園調布医師会立訪問看護ステーション 殿

TEL 03-3728-7600 FAX 03-3728-6739