

訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

該当する指示書に☑して下さい。										指示期間								
訪問看護指示書										令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
点滴注射指示書										令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
患者	患者氏名								(フリガナ)									
	生年月日			年		月		日	性別									
	住所	〒																
	電話番号								FAX番号									
現在の状況	主たる傷病名																	
	病状・治療状態																	
	投与中薬剤の容量・用法	1. 3. 5.					2. 4. 6.											
	日常生活自立度	寝たきり度							認知症の症状									
	要介護認定状況	要支援							要介護									
	褥瘡の深さ	DESIGN分類							NPUAP分類									
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			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		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																	
	II	1. リハビリテーション 2. 屋外歩行訓練 3. 褥瘡の処置等 4. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 5. 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					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					訪問介護事業所名													
備考																		

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

事業所:

印