

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

患者氏名	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	
患者住所	電話 () —	
主たる傷病名		
現在の状況	病状・治療状態	
	投与中の薬剤の用法・用量	1. 5. 9. 2. 6. 10. 3. 7. 11. 4. 8. 12.
	要介護認定	自立 要支援1 要支援2 要介護(1 2 3 4 5)
	日常生活自立度	寝たきり度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 痴呆の状況 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
	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	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) (番号に○印) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他
	留意事項および指示事項	
	I 療養生活上の留意事項	
	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、定期巡回・随時対応型訪問看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。

指定訪問看護ステーション
医療法人社団慶泉会
訪問看護ステーション あゆみ 殿
東京都町田市南町田2-1-45
SAKAEビル4F
042-799-6556

平成 年 月 日
医療機関名
住 所
電 話
医師氏名

印