

訪問看護指示書 (指示期間 年 月 日 ~ 年 月 日)

在宅患者訪問点滴注射指示書 (指示期間 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)
------	------	-----------------------

患者住所	電話番号( ) -
------	-----------

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	
※該当項目にレ点	日常生活自立度	寝たきり度 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症の状況 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
	要介護認定の状況	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	褥瘡の深さ	NPUAP分類 <input type="checkbox"/> III度 <input type="checkbox"/> IV度 DESIGN分類 <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> D5
	装着・使用医療機器等	<input type="checkbox"/> 1. 自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 2. 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 3. 酸素療法 ( L/min) <input type="checkbox"/> 4. 吸引器 <input type="checkbox"/> 5. 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 6. 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 7. 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻:チューブサイズ , 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 8. 留置カテーテル (部位 サイズ , 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 9. 人工呼吸器 ( <input type="checkbox"/> 陽圧式 <input type="checkbox"/> 陰圧式:設定 ) <input type="checkbox"/> 10. 気管カニューレ (サイズ ) <input type="checkbox"/> 11. 人工肛門 <input type="checkbox"/> 12. 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 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

便秘時: ラキソベロン液 1回 \_\_\_\_\_ 滴 (調整可) その他 ( )

発熱時: カロナール(200)2錠/頓 1日2回まで その他 ( )

II 1. リハビリテーション

理学療法士  作業療法士  言語聴覚士 が訪問看護の一環として行うものについて

1日あたり 20分 40分 60分  ( )分 を週 ( )回

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 : 訪問介護事業所名 )

上記の通り、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

事業所

殿