

□訪問看護指示書
□在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書にチェックを入れる

訪問看護指示期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）
点滴注射指示期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

患者氏名			生年月日 明・大・昭・平		年		月		日		
住所								電話			
主たる傷病名											
現在の状況 (該当項目に○等)	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	II a	II b	III a	III b	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		DESIGN分類		D3	D4	D5	NPUAP分類		III度	IV度
	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 (1/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. 人工肛門		12. 人口膀胱		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. 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、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住所

電話
(FAX)
医師氏名

こもね訪問看護リハビリステーション 殿

印