

(別紙様式16)

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

患者氏名			生年月日		明・大・昭・平		年 月 日					
									(歳)			
患者住所	電話 () -											
主たる傷病名		(1)		(2)		(3)						
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		J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	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		D 3	D 4	D 5	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: 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 (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. 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)												

上記のとおり、指示いたします。

西暦 年 月 日

医療機関名
住所
電話
(FAX)
医師氏名

印

絆訪問看護ステーション 殿