

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（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 男・妊・脚・靴 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	
	投与中の薬剤の用法・用量	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 II-a II-b III 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
装置・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(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.装置・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。

平成 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印

美原記念病院
訪問看護ステーション グラチア 殿