

(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(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間(平成 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 (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 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者への指示 (無 有 : 訪問介護事業者名)																			

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
殿

印

事業所