

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( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

点滴注射指示期間( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

患者氏名			生年月日	大正 昭和		年	月	日	( 歳 )			
患者住所									電話 ( ) -			
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)									
傷病名コード												
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		
	要介護認定の状況	認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M			
	褥瘡の深さ	DESIGN-R2020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 ( l/min)			6. 輸液ポンプ				
		4. 吸引器	5. 中心静脈栄養									
		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. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 ( 1日あたり( )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。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

( F A X )

医師署名(又は記名押印)

事業所 一橋病院訪問看護ステーション

藤原 千尋

殿