

介護予防訪問看護・訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

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	様	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)								
患者住所	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									
	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	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	要介護認定の状況	自立	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)					
	褥瘡の深さ	NPUAP 分類		III度	IV度	DESIGN 分類		D3	D4	D5
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 (/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・胃ろう：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・使用機器等の操作援助・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 : 指定訪問介護事業所名)										

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日
医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 氏 名

印