

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	(年 月 日) (歳)						
患者住所	電話									
主たる傷病名										
病状・治療 状 態										
現在の 状況・ 該当 項目に ○等	投与中の薬 剤の用量・ 用法	1	2		3					
		4	5		6					
		7	8		9					
		10	11		12					
		13	14		15					
日常生活 自立度	寝たきり度 認知の状況	J 1 I	J 2 IIa	A 1 IIb	A 2 IIIa	B 1 IIIb	B 2 IV	C 1 M	C 2	
要介護度認定の状況		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		D 3	D 4	D 5
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 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 : 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. ドレーン (部位) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. 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 (リハビリスタッフによる吸引の必要 有・無) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて、1日あたり()分を週・月()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)									
24時間対応体制 有・無 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等があれば記載してください。)										
他の訪問看護ステーションへの指示 訪問看護ステーション名:										

上記の通り、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医師氏名

都筑区医師会訪問看護ステーション
〒224-0015 横浜市都筑区牛久保西1-20-21

電話045-913-5181
FAX045-911-6700
管理者 宮島 佳代 殿

印