

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 | (1) | (2) | (3) | | | | | | |
| 現在の状況 (該当項目に○等) | 病状・治療 状 | | | | | | | | |
| | 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 | IIa | IIb | IIIa | IIIb | 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-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 (1/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. 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 | | | | | | | | | |
| 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 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 氏 名

印

事業所 訪問看護ステーション 成田の未来 殿