

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 |
| | 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 (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 | | | | | | | | | | |
| 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: 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 ライズ訪問看護ステーション

児玉 明美

殿