

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(令和 年 月 日～令和 年 月 日)
点滴注射指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

患者氏名			生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日				(歳)		
患者住所										
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.				
	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 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・使用等医療機器等	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 (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										
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)										

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX .)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション
東京歯科大学 すがの訪問看護ステーション 様