

□ 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 ～ 平成 年 月 日）
点滴注射指示期間（平成 年 月 日 ～ 平成 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											
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	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	
	自立度	認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	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. 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、薬剤アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問看護及び複合型サービス利用時の留意事項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。

平成 年 月 日

医療機関名:

指定訪問看護ステーション
訪問看護ステーション やしま 殿

住 所:
電 話:
(FAX):
医 師 氏 名:

印