

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 (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)								
傷病名コード																
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 (1/min) ☐ 4. 吸引機 ☐ 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

醫師氏名

EO

事業所名 ウララ訪問看護リハビリステーション 殿