

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(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	明・大・昭・平		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・治療態	*パーキンソン病の場合は必ずご記入願います Hoehn&Yahrの重症度分類(1 2 3 4 5) 生活機能分類(I II III 度)								
	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	II a	II b	III a	III b	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 屋外歩行訓練の実施 □可 ・ □不可										
2. 褥瘡の処置等 [中止基準: 血圧 脈 SPO2]										
3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理										
4. 入浴介助 [中止基準: 血圧 体温]										
5. その他 [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。

平成 年 月 日

医療機関名
住所
電話

FAX

医師氏名

印