

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 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 胎・妊・産 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	自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2	
		認知症の状況	自立 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 : D 3 D 4 D 5 NPUAP 分類 : III度 IV度		
	ホーエン・ヤールの重症度分類	1 2 3 4 5	生活機能障害度	I II III
	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 : チューブサイズ , 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. 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ください)				
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