

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	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
	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。 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X.)
医 師 氏 名

印