

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)

| | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|---------------------|----|-------------------|-----|------------------------|------|----|----|----|--|
| (ふりがな) | | | | 生年月日 | | 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) | | | | | |
| 患者氏名 | | | | | | 電話 () | | | | | |
| 患者住所 | | 〒 | | | | | | | | | |
| 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 | | 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(/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(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

指定訪問看護ステーション

殿