

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 (令和 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (令和 年 月 日 ~ 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 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 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2 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 (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 |
| | 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 (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. リハビリテーション 該当するセラピストに✓を記載願います <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/>理学療法士・<input type="checkbox"/>作業療法士・<input type="checkbox"/>言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり () 分を週 () 回 </div> 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。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 氏 名

印

該当する事業所に✓を記載願います

- 事業所
- ごてんまり訪問看護ステーション殿
 - ごてんまりα訪問看護ステーション殿
 - ごてんまりZ訪問看護ステーション殿
 - にこにこごてん訪問看護ステーション殿