

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(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								
患者住所						電話番号					
主たる傷病名											
現	病状・療状										
	投薬中の薬剤の用法・用量										
在	日常生活自立度	寝たきり度	正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		認知症の状況	正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
の	要介護認定の状況										
	褥瘡の深さ	NPUAP分類			III度	IV度	DESIGN分類			D3	D4
状	装着・使用医療機器等(○印)	・自動腹膜灌流装置	・透析液供給装置		・酸素療法(/min)						
		・吸引器	・中心静脈栄養装置		・輸液ポンプ						
況		・経管栄養(:カテーテル)	・留置カテーテル(カテーテル)			日に1回交換)					
		・人工呼吸器(:設定)	・人工肛門			・人工膀胱			・ドレーン(部位:)		
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.褥瘡などの処置											
3.装着・使用機器等の操作援助・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 不在時の対処法											
特記すべき留意事項											
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、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

指定訪問看護ステーション

(FAX)

神谷町訪問看護ステーション 殿 医師氏名

印