

(別紙様式16)

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	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	褥瘡の深さ		DESIGN分類			NPUAP分類				
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										
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)										
あなた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