

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・大・昭・平						
患者氏名			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									
	投与中の薬剤・用量・用法	1.	2.			3.			4.	
		5.	6.			7.			8.	
	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(1 2)		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 (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 (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 <input type="checkbox"/> 1. リハビリテーション										
<input type="checkbox"/> 2. 褥瘡の処置等										
<input type="checkbox"/> 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理										
<input type="checkbox"/> 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)										
たん吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (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.)

ケアまりん横浜

殿

医師氏名

印