

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(平成 年 月 日～ 年 月 日)
点滴注射指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名			生年月日	年 月 日生 (歳)		
患者住所				電話番号		
主たる傷病名						
現 在 の 状 況	病状・療 治状態					
	投薬中の 薬剤の用 法・用量					
	日常生活 自立度	寝たきり度	正常	J1 J2	A1 A2	B1 B2 C1 C2
		認知症の状態	正常	I	IIa IIb	IIIa IIIb IV V
	要介護認定の状況		要支援(I II) 要介護(1 2 3 4 5)			
装着・使 用医療機 器等 (○印)	自動腹膜還流装置	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			
	経管栄養(:チューブサイズ	日に一回交換)				
	留置カテーテル(サイズ	日に一回交換)				
	人口呼吸器(:設定)				
	気管カニューレ(サイズ)	ドレーン(部位)		
	人工肛門	人工膀胱	その他			
留意事項及び指示事項						
I 療養生活上の留意事項						
II 1. リハビリテーション						
2. 褥瘡などの処置						
3. 装置・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 不在時の対処法						
特記すべき留意 事項						
訪問継続の必要性	1. 新規		2. 訪問継続の必要性あり		3. 訪問継続の必要性なし	
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、指定訪問看護の実施を指示いたします。平成 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX)

医師氏名

指定訪問看護ステーション

印

さかいリハ訪問看護ステーション・船橋 殿