

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 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (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						
現在の状態	病状・治療状態					
	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
		認知の状態	正常	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	☐ 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 (経鼻・胃瘻: チューブサイズ 日に1回交換) ☐ 留置カテーテル (部位: サイズ: 日に1回交換) ☐ 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 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 ☐ 全身状態の管理 ☐ 内服管理 (服薬補助) ☐ 清潔保持 (入浴・爪切等) ☐ 排泄管理 ☐ 水分・栄養の確認 ☐ 皮膚状態の確認 ☐ 療養上の指導 ☐ 家族のサポート ☐ その他 ()						
II ☐ 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 (注: 屋外歩行など自宅外で運動を行う場合も記載下さい。) 【必要頻度】 1日あたり (40 ・ 60) 分を週 (1 ・ 2 ・ 3) 回 【自 宅 外】 ☐ 屋外歩行 ☐ 公共交通機関練習 ☐ その他 () ☐ 2. 医療処置 (褥瘡や創傷の処置、人工肛門や浣腸処置等) ☐ 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 (注: 薬の相互作用・副作用について留意点、薬物アレルギー既往、運動中止基準等があれば記載下さい。)						
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有: 訪問看護事業所名)						
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。 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX)

指定訪問看護ステーション

リハプロ訪問看護ステーション・本陣

殿 医師氏名

印