

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 )						
装着・使用医療機器等	<input type="checkbox"/> 自動腹膜還流装置 <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 ( /min ) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養装置 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( 経鼻・胃瘻 : チューブサイズ )      日に1回交換 ) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル ( 部位 :      サイズ :      日に1回交換 ) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 ( 陽圧式・陰圧式 : 設定 ) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ ( サイズ ) <input type="checkbox"/> ドレーン ( 部位 ) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> その他 ( )										
留意事項及び指示事項											
I 療養生活上の留意事項											
<input type="checkbox"/> 全身状態の管理 <input type="checkbox"/> 内服管理(服薬補助) <input type="checkbox"/> 清潔保持(入浴・爪切等) <input type="checkbox"/> 排泄管理 <input type="checkbox"/> 水分・栄養の確認 <input type="checkbox"/> 皮膚状態の確認 <input type="checkbox"/> 療養上の指導 <input type="checkbox"/> 家族のサポート <input type="checkbox"/> その他 ( )											
II 1. リハビリテーション(注: 屋外歩行など自宅外での運動を行う場合も記載下さい。)											
2. 医療処置(褥瘡や創傷の処置、人工肛門や洗腸処置等)											
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、薬物アレルギーの既往、運動の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)

医師氏名

印

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・都島

殿