

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	<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 <input type="checkbox"/> 1. リハビリテーション ※理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 【必要頻度】1日あたり (40 ・ 60) 分を週 (1 ・ 2 ・ 3) 回 【自宅外】<input type="checkbox"/>屋外歩行 <input type="checkbox"/>公共交通機関練習 <input type="checkbox"/>その他 (_____)						
<input type="checkbox"/> 2. 医療処置(褥瘡や創傷の処置、人工肛門や浣腸処置等)						
<input type="checkbox"/> 3. 装置・使用機器等の操作援助・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 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・名古屋

殿 医師氏名

印