

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	II a II b	III a III b 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)

指定訪問看護ステーション

さかいりハ訪問看護ステーション・西船橋

殿 医師氏名

印