

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						
傷病名コード						
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. 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。) <b>【必要頻度】 1日あたり ( 40・60 ) 分を週 ( 1・2・3 ) 回</b> <b>【自宅外】</b> <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

さかいりハ訪問看護ステーション・東京

殿 医師氏名

印