

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

さかいリハ訪問看護ステーション・横浜

殿