

訪 問 看 護 指 示 書

在 宅 患 者 訪 問 点 滴 指 示 書

訪問看護指示期間 平成 年 月 日～ 年 月 日
 点滴注射指示期間 平成 年 月 日～ 年 月 日

ふりがな			生年月日		明治・大正・昭和・平成 年 月 日					
利用者 氏名										
利用者 住所	電話									
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)							
(該項目に○など)	現在の状況	病状・治療状態								
	投与中の薬剤の用量・用法	1.	2.		3.	4.		5.	6.	
	日常生活自立度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
		認知症の状況	I	II	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)					
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 (該当番号に○印)	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻：チューブサイズ、日に1回交換) 8. 留置カテーテル (サイズ、日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式：設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. ドレーン (部位：) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. その他 ()									
留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項 II 1.リハビリテーション 2.褥瘡の処置等 3.装着・使用医療機器等の操作援助・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)										
緊急時の連絡先										
不在時の対応法										
特記すべき事項 (注：)										
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有：指定訪問看護ステーション名) たんの吸引等実施のための訪問介護事業所名 (無 有：訪問介護事業所名)										

上記のとおり、指示いたします。 平成 年 月 日

医 療 機 関 名
住 所
電 話
F A X
医 師 名

印

訪問看護ステーションきずな 水澤 まさ子殿