

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

点滴注射指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

| | | | | | |
|---|------------------|---|------------------------------------|--|--|
| 患者氏名 | 様 | 生年月日 | 大・昭・平・令 年 月 日 (歳) | | |
| 患者住所 | 電話 () | | | | |
| 主たる傷病名 | (1) | (2) | (3) | | |
| 現在の状況 | 病状の治療状態 | | | | |
| | 投薬中の薬剤の 用量・用法 | 1. 3. 5. | 2. 4. 6. | | |
| | 日常生活自立度 | 寝たきり度 | J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 | | |
| | | 認知症の状況 | I IIa IIb IIIa IIIb IV M | | |
| | | 要介護認定の状況 | 要支援 要介護 (1 2 3 4 5 | | |
| | | 褥瘡の深さ | DESIGN分類 D3 D4 D5 NPUAP分類 III度 IV度 | | |
| | 装着・使用 医療機器等 | 1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (ℓ/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 : サイズ , 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位 : 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) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. 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. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 (1日あたり () 分を週 () 回) 2. 褥瘡の処置等 3. 装置・使用医療機器などの操作援助・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) | | | | | |
| 緊急時の連絡先 不在時の対応方法 | | | | | |
| 特筆すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問看護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載してください。) | | | | | |
| 他の訪問看護ステーションへの指示 (無 有 : 訪問看護ステーション) | | | | | |
| 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) | | | | | |

上記の通り、指示いたします。

令和 年 月 日

事業所

あゆむ訪問看護チーム

殿

医療機関名
住所
電話
(FAX)

医師氏名

印