

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（平成 年 月 日～ 年 月 日）

点滴注射指示期間（ ）

患者氏名			生年月日								
患者住所				電話							
主たる病名											
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状態										
	投与中の 薬剤の用 量・用法										
	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		NPUAP 分類		III度	IV度	DESIGN 分類		D3	D4	D5
	装着・使 用医療器 具等	1. 自動腹膜灌流装置装置      2. 透析液供給装置      3. 酸素療法( /min) 4. 吸入器      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 (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 療養生活指示上の留意事項											
II 1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療器具の操作援助・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・副作用についての留意点、薬剤アレルギーの既往等があれば記載して下さい)											
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 )											

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

(FAX.)

医師氏名

印

指定 訪問看護リハビリステーション クローバー高崎 殿