

# 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（平成 年 月 日～ 年 月 日）

患者氏名		生年月日	明大昭 年 月 日生（ 歳）		
患者住所	電話（ ）				
主たる傷病名					
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.			
※該当項目に○等	日常生活	寝たきり度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
	自立度	痴呆の状況	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 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	DESIGN 分類 <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> D5		NPUAP 分類 <input type="checkbox"/> III度 <input type="checkbox"/> IV度	
	装着・使用医療機器等（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：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（サイズ） 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. 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・投与方法等）					
緊急時の連絡先 不在時の対応法					
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、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介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）					
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 氏名

指定訪問看護ステーション

社会福祉法人パール

パール訪問看護ステーション 殿

印