

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～平成 年 月 日)
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日～平成 年 月 日)

患者氏名			生年月日	明・大・昭・平 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.
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 a	II b	III a	III b	IV	M
要介護認定の状況	経過介護(要支援)		要支援1	要支援2	要介護 (1 2 3 4 5)			
	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				
(該当項目に○等)		4. 吸引器	5. 中心静脈栄養	6. 輸液ポンプ				
		7. 経管栄養 ()	: チューブサイズ		日に1回交換			
		8. 留置カテーテル (サイズ	: 設定		日に1回交換			
		9. 人工呼吸器 ()						
		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
(F A X.)
医 師 氏 名

印

指定訪問看護ステーション

殿