

介護予防訪問看護・訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

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）

| | | | | | | | | | | |
|--|------------------------|----------------------------|-----------|-----------|----------------|-----------------|------|----|----|----|
| 患者氏名 | 様 | 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳) | | | | | | | | |
| 患者住所 | 電話 () - | | | | | | | | | |
| 主たる傷病名 | | | | | | | | | | |
| 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 | 自立 | | 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 | 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・胃ろう：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.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. 装置・使用機器等の操作援助・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 : 指定訪問介護事業所名) | | | | | | | | | | |

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日
医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 氏 名

印