

# 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<br>( 歳)   |
| 患者住所   | 電話 ( ) -  |  |
| 主たる傷病名   |   |  |
| 現在の状況<br>(該当項目に○等)   | 病状・治療<br>状 態  |  |
|  | 投与中の<br>薬剤の用<br>量・用法  |  |
|  | 日常生活<br>自立度   | 寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2<br>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<br>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)<br>4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ<br>7. 経管栄養 (経鼻・胃ろう：チューブサイズ、 日に1回交換)<br>8. 留置カテーテル (サイズ、 日に1回交換)<br>9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式：設定 )<br>10. 気管カニューレ (サイズ )<br>11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ( ) |
|  | 留意事項及び指示事項<br>I 療養生活指導上の留意事項<br>II 1. リハビリテーション<br>2. 褥瘡の処置等<br>3. 装置・使用機器等の操作援助・管理<br>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<br>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<br>(無 有 : 指定訪問看護ステーション名<br>なんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示<br>(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  
( F A X )  
医 師 氏 名

印

訪問看護ステーション

様