

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

点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

カナ 患者氏名		生年月日		明・大・昭・平・令		年		月		日			
患者住所		(歳)											
		電話 () -											
主たる傷病名													
傷病名コード													
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状態												
	投与中の薬の 用量・用法	1.			2.			3.			4.		
		5.			6.								
	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			
	要介護認定の状況	認知症の状況	I	Ⅱ a	Ⅱ b	Ⅲ a	Ⅲ b	Ⅳ	M				
	褥瘡の深さ		要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)								
	バーキンソン病重症度分類		DESIGN ー R2020 分類 D 3 D 4 D 5		NPUP 分類 Ⅲ度 Ⅳ度								
		Hoehn-Yahr の重症度分類		StageⅢ・stageⅣ・stageⅤ									
		生活機能障害度		Ⅱ Ⅲ									
	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 (1 /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 (屋外リハビリ : 可 ・ 不可) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1 日あたり 6 0 分を週 2 ～ 3 回 (左記以外の場合 : 分 回) 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。 年 月 日													

医療機関名
住電所話
(FAX)
医師氏名

印