

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		
		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	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)										
	褥瘡の深さ	DESIGN ー R2020 分類 D 3 D 4 D 5 NPUAP 分類 Ⅲ度 Ⅳ度										
パーキンソン病重症度分類	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 (l /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60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