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

患者氏名			生年月日	年　月　日（　　歳）
患者住所		TEL		
主たる傷病名				
現在の状況	症状・治療状態			
	投与中の薬剤の用法・用量	1.　　2.　　3. 4.　　5.　　6.		
	日常生活自立度	寝たきり度	自立　J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2	
		認知症の状況	自立　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　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 分類　D3　D4　D5　／　NPUAP 分類　Ⅲ度　Ⅳ度	

装着・使用医療機器等（該当番号に〇印）	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（　　:チューブサイズ　　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（　　: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・臨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ください。）

他の訪問看護ステーションへの指示
（無・有：　　殿）
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：　　殿）

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。　　年　月　日

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名　　印

オレンジナースステーション