

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

患者氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日							
患者住所		電話	() -							
主たる傷病名										
現在の状況	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	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	V	
	要介護認定の状況		要支援 (1 2)			要介護 (1 2 3 4 5)				
	装具・使用 医療機器	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・胃瘻 : 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. ドレーン (部位) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. 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										
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20・40・60・()分を週()回 ※介護保険の訪問看護を行う場合に記載										
2. 褥創の処置等										
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										
緊急時の連絡先・不在時の対応等										
特記すべき留意事項										
他の訪問看護ステーションへの指示										

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話

医師氏名

印