

訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲んでください

訪問看護指示期間(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)
 点滴注射指示期間(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	(歳)
------	--	------	---------------	------

患者住所	TEL
------	-----

主たる傷病名	
--------	--

現在の状況(該当項目に○等)	病状・治療状態										
	投与中の薬剤の用量・用法	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
	要介護認定の状況	認知症の状況	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	褥瘡の深さ	DESIGN分類(*1)	D3	D4	D5	NPUAP分類(*2)	III度	IV度			
	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 (_____)									
	褥瘡の深さ										

留意事項及び指示事項

I. 療養生活指導上の留意事項

II. 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 (_____) 分を週 (_____) 回

III. 褥瘡の処置等

IV. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理

V. 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・臨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
(無 ・ 有 : 指定訪問看護ステーション名 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 : 事業所名 殿)

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 ・ FAX
医 師 氏 名 印

訪問看護ステーションふくくる大橋 殿

*1 褥瘡の深さの分類 D3:皮下組織までの損傷 D4:皮下組織を超える損傷 D5:関節腔、体腔に至る損傷または、深さ判定が不能の場合
 *2 褥瘡の深さの分類 NPUAP(ステージIII):全組織欠損。皮下脂肪は確認できるが、骨、腱、筋肉は露出していないことがある。
 NPUAP(ステージIV):骨、腱、筋肉の露出を伴う全組織欠損。