

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○で囲むこと

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			電話 ()	-						
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)							
現在の状況	病状・治療状態									
	投与中の薬剤の用量	1	2	3	4	5				
	用法	6								
	日常生活	寝たきり度	J1	J2	A1	B1	B2	C1	C2	
	自立度	認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
該当項目に○等	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-R 2 0 2 0 分類			D3	D4	D5	NPUAP分類	III度	IV度
	装着・使用医療器具等	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.吸引機	5.中心静脈栄養			6.輸液ポンプ				
		7.経管栄養 (経鼻・胃婁: 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 ()				
当ステーションではメディカルアロマセラピーを取り入れたケアも行っています。 症状の緩和を目的としたケアになります。 ご承諾の有無をいただきますようお願いいたします。 <div style="text-align: right;">承諾 (有・無)</div>										
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.理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 一日あたり () 分を週 () 回										
2.褥瘡の処置等										
3.装着・使用医療器具等の操作援助・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ください。)										
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、提示いたします

年 月 日

あつぎ訪問看護ステーション
〒243-0012 厚木市幸町10-15オフィスナンバ2F
TEL 046-281-7603 FAX 050-3201-4579

医療機関
住 所
電 話
(FAX)
医師氏名

印