

在宅患者訪問点滴注射指示書

空欄でOKです↓

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		セルAを転記		生年月日		セルFを転記→ 昭和 年 月 日		
患者住所		セルDを転記		セルEを転記→		セルGを転記→ (歳)		
主たる傷病名		(1)		(2)		(3)		
傷病名コード								
現在の状況・該当項目に○等	病状・治療状態							
	投与中の薬剤の用量・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
		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-R2020分類 D 3 D 4 D 5		N P U A P分類 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 (				
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								
1日あたり () 分を週 () 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

住所

三、

(F A X)

医師署名（又は記名押印）

事業所

殿