

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～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			電話 () -
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		
	日常生活自立度	寝たきり度	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
		認知症の状況	I IIa IIb IIIa IIIb IV M
	要介護認定の状況	自立	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)
	褥瘡の深さ	NPUAP分類	III度 IV度 DESIGN分類 D3 D4 D5
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 (/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・胃ろう: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.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			
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 (注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載)			
2. 褥瘡の処置等			
3. 装置・使用機器等の操作援助・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 : 指定訪問介護事業所名)			

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日
医療機関名
住所
電話
(FAX)
医師氏名
ミルカ訪問看護ステーション 殿
〒121-0816
東京都足立区梅島 2-38-11 鴨下マンション 203
TEL:03-5888-7639 FAX:03-5888-7640

印