

**介護予防訪問看護・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 (年 月 日～ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	様	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 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。

年 月 日

〒343-0023 埼玉県越谷市東越谷 4-11-5 株式会社 雅 越谷訪問看護ステーション TEL 048-940-7508 FAX 048-940-7509

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 氏 名

印