

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		性別		生年月日	(歳)				
患者住所				電話					
主たる傷病名	※悪性腫瘍の場合は、末期なのか否かをご記入ください。パーキンソン病はYahrの重症度、生活機能障害度をご記入ください。								
病状治療状態									
投与薬(用量・用法)									
日常生活自立度	寝たきり度	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
	認知症の状況	<input type="checkbox"/> 自	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M
要介護認定の状況	要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)								
褥瘡の深さ	DESIGN分類 (<input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> D5) NPUAP分類 (<input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV度)								
装着・使用医療機器等	<input type="checkbox"/> 酸素療法 (ℓ/min) <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 気管カニューレ (Fr) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう サイズ Fr 種類) <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル (サイズ Fr 交換 週間ごと) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> ドレイン類 (部位等) <input type="checkbox"/> その他 ()								
療養生活上の留意事項									
指示事項	<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置等 <input type="checkbox"/> 装着医療機器等操作援助・管理 <input type="checkbox"/> 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)									
特記すべき留意事項									
他の訪問看護ステーションへの指示 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 訪問介護事業所名)									
緊急時の連絡先									

上記の通り指示いたします。

医療機関名
住 所
電 話 番 号

年 月 日

医師氏名

印