

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(令和 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間(令和 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)							
傷病名コード										
現在の状況・該当項目に○等	病状・治療 状態	*パーキンソン病の場合:ホーエン・ヤールの重症度ステージ I・II・III・IV・V 生活機能障害度 1度・2度・3度								
	投与中の薬剤の用量・用法	1.	2.	3.	4.	5.				
	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	要支援(1 2)		要介護(1 2 3 4 5)						
	褥瘡の深さ	DESIGN分類 D3		D4	D5	NPUAP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. ドレーン(部位:)	12. 人工肛門		13. 人工膀胱	14. 自己導尿	15. 褥瘡(部位:)	16. 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										
*以下を実施する場合はチェックしてください。 II <input type="checkbox"/> 1. リハビリテーション <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> 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 </div> <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> 嚥下評価・訓練 <input type="checkbox"/> 屋外歩行訓練 <input type="checkbox"/> 身体機能・高次脳機能・呼吸リハビリテーション・日常生活活動・環境整備・介護指導・その他() <input type="checkbox"/> 2. 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 3. 傷の処置 <input type="checkbox"/> 4. 排便コントロール(必要時GE、摘便) <input type="checkbox"/> 5. 装着・使用機器等の操作援助・管理 <input type="checkbox"/> 6. 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。)										
退院当日の訪問看護の必要性 (無 有)										
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。 令和 年 月 日										
事業所	指定訪問看護ステーション あい訪問看護ステーション中沢 殿 〒206-0036 東京都多摩市中沢2-5-3 ゆいま〜る中沢A棟1階 TEL 042-311-2822 FAX 042-311-2823	医療機関名 住 所 電 話 (F A X) 医 師 氏 名	印							