

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(平成 年 月 日～平成 年 月 日)
点滴注射指示期間(平成 年 月 日～平成 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	告知の有無 (有 無)					
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状況					
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 3. 5.	2. 4. 6.			
	日常生活自立度	寝たきり度	<input checked="" type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C			
	要介護認定の状況	認知症の状況	<input checked="" type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
	要介護認定の状況	要支援	要介護 (1 2 3 4 5)			
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・胃瘻: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. ドレーン (部位:) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. 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等があれば記載して下さい。) 感染症の有無 有 () 無						
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)						

上記の通り、指示いたします。

平成 年 月 日

医療法人 新光会
みのり訪問看護ステーション 百合ヶ丘
〒215-0003 川崎市麻生区高石 3-9-1
TEL 044-969-7172 FAX 044-969-7173

医療機関名
住 所
電 話
F A X
医 師 氏 名