

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. 2. 3. 4. 5. 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 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 3. 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 高津
 〒213-0015 川崎市高津区梶ヶ谷 3-2-8
 TEL 044-750-9012 FAX 044-750-9013

医療機関名
 住 所
 電 話
 F A X
 医師氏名