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）

<table>
<tr><td colspan="2">患 者 氏 名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">患 者 住 所</td><td colspan="4">TEL</td></tr>
<tr><td colspan="2">主たる傷病名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">現在の状況</td><td>症状・治療状態</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>投与中の薬剤の用法・用量</td><td colspan="4">1.　　2.　　3.
4.　　5.　　6.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">日常生活自立度</td><td>寝たきり度</td><td colspan="3">自立　J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2</td></tr>
<tr><td>認知症の状況</td><td colspan="3">自立　Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M</td></tr>
<tr><td colspan="2">要介護認定の状況</td><td colspan="3">要支援（ 1　2 ）　要介護（ 1　2　3　4　5 ）</td></tr>
<tr><td colspan="2">褥瘡の深さ</td><td colspan="3">DESIGN 分類　D3　D4　D5　/　NPUAP 分類　Ⅲ度　Ⅳ度</td></tr>
<tr><td>装着・使用医療機器等（該当番号に〇印）</td><td colspan="5">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（　　:チューブサイズ　　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（　　: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（　　）</td></tr>
</table>

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. 装着・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・臨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ください。）

他の訪問看護ステーションへの指示
（ 無 ・ 有 ：　　殿）
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 ：　　殿）

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

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名　　印

殿