

(別紙様式 16)

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○で囲む事

訪問看護指示期間 (令和 年 月 日～令和 年 月 日)

点滴注射指示期間 (令和 年 月 日～令和 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									
	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	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	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-R2020 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 (1/min)					
	4. 吸引機		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				、			日に一回交換)		
	8. 留置カテーテル (部 位: サイズ				、			日に一回交換)		
	9. 人口呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定)		
	10. 気管カニューレ (サイズ)		
	11. 人工肛門		12. 人口膀胱		13. 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.理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 1日あたり () 分を週 () 回										
2.褥そうの処置等										
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										
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・随時対応訪問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: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

医療機関名

住 所

電 話

FAX

医師氏名

印

事業所 フレンズ印西 訪問看護事業所 殿