

□ 訪問看護指示書

□ 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書にチェック☑をお願いします。

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)

患者氏名		生年月日		年 月 日 ( 歳)							
患者住所		TEL									
主たる傷病名		①		②		③					
		※末期がん: □←チェック☑をお願いします。 ※パーキンソン病の場合は、下記2項目に必ず○印をつけてください。 Hoehn&Yahr の重症度分類( 1 2 3 4 5 ) / 生活機能障害度( I II III )度									
現在の状況	症状・治療 状 態										
	投与中の薬剤 の用法・用量										
	日常生活	寝たきり度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	自立度	認知症の状況	自立	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(該当番号に○印)	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) 8. 留置カテーテル 9. 人工呼吸器 10. 気管カニューレ 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 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. 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

TEL/FAX

医師氏名

印