

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 ~ 年 月 日)
 点滴注射指示期間(平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|----------------------|---|-------------|---------------|-----|-------------------|------|----|----|----|
| 患者氏名 | | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 才 | | | | | | |
| 患者住所 | | | 電話 | () - | | | | | | |
| 主たる傷病名 | | | | | | | | | | |
| 現在の状況 | 病状・治療 状態 | | | | | | | | | |
| | 投与中の 薬剤の用 量・用法 | | | | | | | | | |
| | 日常生活 | 寝たきり度 | J1 | J2 | A1 | A2 | B1 | B2 | C1 | C2 |
| | 自立度 | 認知症の状況 | I | IIa | IIb | IIIa | IIIb | IV | V | |
| | 要介護認定の状況 | | 要支援 (1 2) | | | 要介護 (1 2 3 4 5) | | | | |
| | 装具・使用 医療機器 | 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. 褥創の処置等 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 緊急時の連絡先・不在時の対応等 | | | | | | | | | | |
| 特記すべき留意事項 | | | | | | | | | | |
| 他の訪問看護ステーションへの指示 | | | | | | | | | | |

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名
住所
電話
医師氏名

印