

## 医 療

# 訪間看護指導示書

## 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

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 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)				
患者住所	電話						
主たる傷病名	( 1 )	( 2 )	( 3 )				
現在の状況	病状・治療状態						
状況 (該当項目に○等)	投与中の薬剤の用量・用法	1. 3. 5.	2. 4. 6.				
	日常生活 自立度	寝たきり度 認知症の状況	J 1 I IIa	J 2 IIb IIIa	A 1 IIIb	A 2 IV	B 1 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	D 3 D 4	D 5	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. 吸引器 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 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 ( 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・隨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下さい。）

### 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。

年 月 日

医療機関名：  
住所：  
電話：  
(FAX)：  
医師氏名：

印