

訪問看護指示書

在宅患者訪問点滴注射指示書

() 月分

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 | 男・女 | 生年月日 | 大・昭 平・令 | 年 | 月 | 日生(歳) | | | | |
| 患者住所 | | | | | | 電話 () - | | | | |
| 主たる傷病名 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| | 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(ℓ/min) 4.吸引器 5.中心静脈栄養 6.輸液ポンプ 7.経管栄養 (部位: あごかたあり 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・従量式 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 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(20・40・60)分を週()回 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 | | | | | | | | | | |
| 指示コメント | | | | | | | | | | |
| 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・副作用について留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随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) | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | |

特別訪問看護指示書

特別指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

留意事項及び指示事項・一時的に訪問看護が頻回に必要な理由

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

朝倉医師会
訪問看護ステーション 殿
電話(0946)24-0809
FAX (0946)24-0814医療機関名
住所
電話
(FAX)
医師氏名

印