

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