

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 (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 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	様	年 月 日 (歳)
患者住所	<input type="checkbox"/> 固定電話 () <input type="checkbox"/> 携帯電話 ()	
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 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	認知症の状況	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
	要介護認定の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)
褥瘡の深さ	NPUAP分類 <input type="checkbox"/> III度 <input type="checkbox"/> IV度	DESIGN分類 <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> D5
	<input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置	<input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 () L/min
	<input type="checkbox"/> 吸引器	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう : チューブサイズ () Fr 、 () 日に1回交換)	
	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル (サイズ () Fr 、 () 日に1回交換)	
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (<input type="checkbox"/> 陽圧式 <input type="checkbox"/> 陰圧式) 設定: ()	
	<input type="checkbox"/> 気管カニューレ (サイズ () Fr)	
	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 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. 装置・使用機器などの操作援助・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・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。)		
他の訪問看護への指示 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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者への指示 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 指定訪問介護事業所名 ())		

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 (医) 晃和会 北田医院

住所 大阪市鶴見区放出東2-4-1

電話 06-6961-2817

FAX 06-6968-6789

医師氏名

