

訪問看護指示書

訪問看護指示期間(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

在宅患者訪問点滴注射指示書

点滴注射指示期間(平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

患者氏名		生年月日		年齢		性別	
患者住所			電話				
主たる疾病名							
現在の状況 (該当項目に☑)	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 ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M		
	介護認定の状況		要支援(☐ 1 ☐ 2)		要介護(☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5)		
	褥創の深さ		NPUAP分類 ☐ III度 ☐ IV度		DESIGN分類☐ D3 ☐ D4 ☐ D5		
装着・使用医療機器等		<input type="checkbox"/> 1,自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 2,透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 3,酸素療法 (                  L/min) <input type="checkbox"/> 4,吸引器 <input type="checkbox"/> 5,中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 6,輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 7,経管栄養(☐ 経鼻 ☐ 胃瘻 : チューブサイズ                                  ,                  日に1回交換) <input type="checkbox"/> 8,留置カテーテル (部位:                                  サイズ:                                  ,                  日に1回交換) <input type="checkbox"/> 9,人工呼吸器(☐ 陽圧式 ☐ 陰圧式 : 設定                                  ) <input type="checkbox"/> 10,気管カニューレ (サイズ :                                  ) <input type="checkbox"/> 11,ドレーン (部位 :                                  ) <input type="checkbox"/> 12,人工肛門 <input type="checkbox"/> 13,人工膀胱 <input type="checkbox"/> 14,その他 (                                  )					
留意事項及び指示事項	療養生活指導上の注意事項						
	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		診療時間内		診療時間外		休日	
不在時の対応方法		医療機関名			医師名		
感染症の有無		☐ 無 ・有 (☐ 型肝炎 ☐ ワ氏 ☐ MRSA ☐ 疥癬 ☐ 他(                                  ) ☐ 不明					
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等があれば記載してください)							
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: 痰の吸引等実施のための訪問看護事業所への指示                  ☐ 無 ☐ 有 訪問看護事業所名:							

上記の通り、指示いたします。

平成 年 月 日  
医療機関名:

住所:

電話・FAX:

岩国市医療センター医師会病院  
外来訪問看護 宛

医師名:

印