

(別紙様式16)

訪問看護指示書

訪問看護指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

在宅患者訪問点滴注射指示書

点滴注射指示期間(令和 年 月 日～令和 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	<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 <input type="checkbox"/> 該当なし	
	要介護認定の状況	要支援 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 )	要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 )	
	褥創の深さ	NPUAP分類 <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV	DESIGN分類 <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> D5	
装着・使用医療機器等	<input type="checkbox"/> 1.自動腹膜還流装置 <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 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 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 ( <input type="checkbox"/> 陽圧式 <input type="checkbox"/> 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	療養生活指導上の留意事項			
	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	<input type="checkbox"/> 無・有 ( <input type="checkbox"/> 型肝炎 <input type="checkbox"/> ワ氏 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 他( ) <input type="checkbox"/> 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、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ください)			
他の訪問看護ステーションへの指示 <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看護事業所への指示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 訪問看護事業所名:				

上記の通り、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名:

住所:

電話/FAX:

岩国市室の木町3-6-12  
TEL(0827)28-6411・FAX(0827)22-1654

訪問看護ステーション むろの樹 宛

医師名:

