

介護予防訪問看護・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(平成 年 月 日～ 年 月 日)

点滴注射指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	様	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (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	a		b		a		b	
	要介護認定の状況		自立		要支援(1 2)		要介護(1 2 3 4 5)			
	褥瘡の深さ		NPUAP 分類		度 度		DESIGN 分類			D3 D4 D5
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(/min)				
		4.吸引器		5.中心静脈栄養		6.輸液ポンプ				
		7.経管栄養(経鼻・胃ろう:チューブサイズ				、 日に1回交換)				
		8.留置カテーテル(サイズ				、 日に1回交換)				
		9.人工呼吸器(陽圧式・陰圧式: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										
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. 装置・使用機器等の操作援助・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)										
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 : 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。

平成 年 月 日
医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 氏 名

印

訪問看護ステーション

様

介護予防訪問看護・訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

該当する指示書を で囲むこと

訪問看護指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)
在宅注射指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	<div style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px; color: red; font-weight: bold;"> 超重症児・準超重症児の場合、状態あるいはスコアの記載をお願いします。 </div>	様	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
患者住所		電話 ()	

悪性腫瘍の場合は、「末期状態」、パーキンソン病のヤール分類の記載を、公費医療助成を利用する場合には適応する疾病を記載をお願いします。

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					
		認知症の状況		a	b	a	b					
	要介護認定の状況	自立	要支援(1 2)		要介護(1 2 3 4 5)							
	褥瘡の深さ	NPUAP 分類	度	度	ESGN 分類	D3	D4	D5				
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(/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 7. 経管栄養(経鼻・胃ろう:チューブサイズ、 日に1回交換) 8. 留置カテーテル(サイズ、 日に1回交換) 9. 人工呼吸器(陽圧式・陰圧式: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()											

胸腔又は腹腔ドレーン、経皮経肝胆管ドレナージチューブ(PTCD)等は、8留置カテーテルの項目に記載をお願いします。

留意事項及び指示事項

療養生活指導上の留意事項

- リハビリテーション
- 褥瘡の処置等
- 装置・使用機器等の操作援助・管理
- その他

定期巡回・随時対応型訪問看護介護事業所との連携をしています。留意点があれば記載をお願いします。

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 : 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所への指示

(無 有 : 指定訪問介護事業所名)

訪問介護事業所へ特定行為等の指示をされている場合は、訪問介護事業所名の記載をお願いします。

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日(記載日ではありません、指示日です)
医療機関名
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印

訪問看護ステーション 様