

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)

区分 (該当する項目に○を付すこと)		
患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)	
患者住所 電話番号	〒 TEL ()	
主たる傷病名		
現在の状況	病状・治療状態	
	投薬中の薬剤の 用法・用量	
	日常生活自立度	寝たきり度 J A B C 痴呆の状況 I II III IV M
	要介護認定の状況	非該当 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)
装着・使用 医療機器等 (番号に○印)	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (/min) 4. 吸入器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻: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. ドレーン(部位:) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. 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 3. 装着医療機器等の操作援助・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	診療時間内 診療時間外 休日	
不在時の対応法	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歴等あれば記載して下さい。)		

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

住 所

電 話

FAX

医師氏名

印

みよみよ看護 管理者 松田栄子