# 訪　問　看　護　指　示　書
## 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を〇で囲むこと

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 | （　　歳） |
| 患者住所 | | 電話 | |
| 主たる傷病名 | | | |
| 病状・治療状態 | | | |
| 現在の状況・該当項目に〇等 | 投与中の薬剤の用量・用法 | 1　2　3<br>4　5　6<br>7　8　9<br>10　11　12<br>13　14　15 | |
| | 日常生活自立度 | 寝たきり度　J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2<br>認知の状況　I　IIa　IIb　IIIa　IIIb　IV　M | |
| | 要介護度認定の状況 | 要支援　（1　2） | 要介護　（　1　2　3　4　5　） |
| | 褥　瘡　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 | １．自動腹膜灌流装置　２．透析液供給装置　３．酸素療法（　　l/min）<br>４．吸引器　５．中心静脈栄養　６．輸液ポンプ<br>７．経管栄養　（　経鼻・胃瘻　：チューブサイズ　　日に１回交換）<br>８．留置カテーテル（部位:　　サイズ　　日に１回交換）<br>９．人工呼吸器　（　陽圧式・陰圧式　：設定　　）<br>１０．気管カニューレ　（サイズ　　）<br>１１．人工肛門　１２．人工膀胱　１３．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．装着・使用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

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、薬物ｱﾚﾙｷﾞｰの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型ｻｰﾋﾞ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
　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
　訪問介護事業所名：

上記の通り、指示いたします。　　年　月　日

医療機関名
住　　所
電　　話
（ＦＡＸ）
医師氏名　　印

みよみよ看護　殿