

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(令和 年 月 日～令和 年 月 日)
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 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)

患者住所 電話 () -

主たる傷病名 ※パーキンソン病の場合:ホーエン・ヤール重症度ステージⅠ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ 生活機能障害度 Ⅰ度・Ⅱ度・Ⅲ度

現在の状況(該当項目に○等) 病状・治療態

投与中の薬剤の用量・用法 1. 2. 3. 4. 5. 6.

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

要介護認定の状況 要支援 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)
4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ
7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻 : 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 (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて
1日あたり 20・40・60分を週 回 注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載)
中止基準 血圧 脈 SpO2
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. 入浴介助 (中止基準 血圧 脈 SpO2)
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)

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住所
電話
(FAX .)

医師氏名

印

指定訪問看護ステーション

ISM訪問看護ステーション 殿

★褥瘡の深さの分類 NPUAP(ステージⅢ):全組織欠損。皮下脂肪は確認できるが、骨、腱、筋肉は露出していないことがある。
★褥瘡の深さの分類 NPUAP(ステージⅣ):骨、腱、筋肉の露出を伴う全組織欠損。
☆褥瘡の深さの分類 D3:皮下組織までの損傷 D4:皮下組織を超える損傷 D5:関節腔、体腔に至る損傷または、深さ判定が不能の場合