

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

6ヶ月を限度に、訪問看護指示期間の記入が可能です。点滴指示がある場合は、その期間も忘れず記入してください

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)

殿 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生(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
用法・用量

1.
3.
5.

2.
4.
6.

日常生活
自 立 度

寝たきり度

認知症の状況

I1 I2 A1 A2 B1 B2 C1

I II a II b III a III b IV M

要介護度認定の状況

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(ℓ/m)
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: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()
12. 人工肛門 1

IIについては、該当する番号に○を付し、方法、内容を詳細に記載してください

留意事項及び指示事項

I 療養生活指導上の留意事項

II

- リハビリテーション
- 褥創の処置等
- 装着・医療機器等の操作援助・管理
- 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・投与方法など)

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)

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)

指示書交付月に、月1回を限度として訪問看護指示料300点を算定することができます

上記のとおり、指示致します

厚生労働大臣が定める疾病等(6P)で複数の訪問看護ステーション利用時には、そのステーション名をご記入ください。

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

殿

平成 年 月 日

印

必ず押印して下さい。
(押印ないものは無効です)