

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

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)

利用者氏名		生年月日		
利用者住所			電話番号	
主たる傷病名				
現在の状況(該当項目に○印)	病状・治療状態			
	投与中薬剤の用法・用量			
	日常生活自立度	寝たきり度	自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2	
		認知の状況	自立 I II a II b III a III b IV M	
	要介護認定の状況		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) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養() 8. 留置カテーテル() 9. 人工呼吸器(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) リハビリ内容: 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、薬物アレルギーの既往等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:) 殿				
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:) 殿				

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

エル訪問看護リハビリステーション
 事業所番号: 1262190551
 〒277-0832
 千葉県柏市北柏1-6-10 ビューハイム北柏101
 TEL:04-7197-1582 FAX:04-7197-1583

印

訪問看護指示書・在宅患者訪問点滴注射指示書

別書式でも可

※該当する指示書を○で囲むこと

記入方法

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)

利用者氏名			生年月日			
利用者住所	訪問看護指示書期間は最長6カ月 医師の判断で1か月毎から出せます			電話番号		
主たる傷病名						
現在の状況 (該当項目に○印)	病状・治療状態					
	投与中薬剤の用法・用量	別紙でも可				
	日常生活自立度	寝たきり度	自立	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
		認知の状況	自立	I IIa IIb IIIa IIIb IV M		
	要介護認定の状況	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) 4.吸引器 5.中心静脈栄養 6.輸液ポンプ 7.経管栄養() 9.人工呼吸器(設定:) 気管カニューレ(サイズ:) 11.ドレーン(部位:) 12.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 必ず記入 内服管理・食事指導・水分体重管理・呼吸状態の観察 インスリン自己注射指導・自己血糖測定指導				
必要時記入	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) リハビリ内容: 歩行動作の維持・筋力維持・筋力低下予防・補助具の使用法指導・転倒転落注			
	2. 褥瘡の処置等		具体的な処置内容・管理方法			
	3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理					
	4. その他		ストマ管理・カテーテル管理・受診前の採血・他科の採血			
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)						
あれば記入してください						
緊急時の連絡先:		必ず記入してください				
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:) 殿						
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:) 殿						

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

※指示内容が変更になった場合は必ず書面で指示を出してください(FAXでも可)

工川事業所 〒27

千葉県柏市北柏1-6-10 ビューハイム北柏101
 TEL:04-7197-1582 FAX:04-7197-1583

医療機関名
 住所
 電話 (F A X)

医師氏名

令和 年 月 日

発行日は指示期間より前の日付でお願いします

印