

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)

利用者氏名		生年月日		
利用者住所			電話番号	
主たる傷病名				
傷病名コード				
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 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() 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 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)

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

医 師 氏 名

印

記入方法

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

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						
傷病名コード			★必ず傷病名コードの記入をお願いします			
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() (/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:) カニューレ(サイズ:) 11.ドレーン(部位:) 12.人工関節()					
留意事項及び指示事項						
I 療養生活指導上の留意事項		必ず記入してください 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				
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 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・転倒転落注意				
必要 時 記	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				
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)						
必要時記入してください						
緊急時の連絡先: 不在時の対応法: 必ず記入してください						
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

※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)

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)

発行日は指示期間より
前の日付をお願いします

医 師 氏 名

印