

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 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)  
点滴注射指示期間 (平成 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日	明・天・昭・平 年 月 日
患者住所	<ul style="list-style-type: none"> <li>・期間は1ヶ月~6ヶ月</li> <li>・指示期間以外の訪問看護はできない</li> <li>・記入がない場合は指示日より1ヶ月間</li> </ul>	
主たる傷病名	(1)	(2)
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状態	<p>○をつけた場合(カッコ)内は必ず記入する</p> <p><b>【記載項目】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・機器の設定</li> <li>・管理方法</li> <li>・カテーテルのサイズ、交換頻度等具体的に記入</li> </ul>
	投与中の薬 剤の用量・ 用法	
	日常生活 自立度	
	要介護 褥瘡	
装着・使用 医療機器等	<p>1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 ( l/min)</p> <p>4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ</p> <p>7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻: サイズ )、 日に1回交換</p> <p>8. 留置カテーテル (部位: サイズ サイズ )、 日に1回交換</p> <p>9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定 )</p> <p>10. 気管カニューレ (サイズ )</p> <p>11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ( )</p>	
留意事項及び指示事項		
I 療養生活指導上の留意事項		
II <u>リハビリテーション</u>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>2. 褥瘡の処置等</li> <li>3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理</li> <li>4. その他</li> </ul>		
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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)		
他 た	<p><b>【指示日】</b> 指示期間の開始日と同日または それ以前の日付を記載</p>	

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
(FAX)  
医 師 氏 名

印