

(別紙様式16)

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書の□に✓する
訪問看護指示期間(年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間(年 月 日 ~ 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	(1)	(2) (3)
現在の状況 (該当項目に ✓)	病状・治療 状態	※悪性腫瘍の場合□末期□末期でない パーキンソンの場合ホーエン・ヤール ステージ()生活機能症
	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 □正常 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 認知症の状況 □正常 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M
	要介護認定の状況	□無 □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	<input type="checkbox"/> 自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 (ℓ/min) <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 経管栄養 (□経鼻・□胃瘻 : サイズ / 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル (サイズ / 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (□陽圧式 □陰圧式:設定) <input type="checkbox"/> 気管カニューレ(サイズ) □ドレーン(部位:) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置等 <input type="checkbox"/> 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 <input type="checkbox"/> 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 たんの吸引等実施のための訪問介護事業所の指示 □無 □有		

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX .)
医 師 氏 名

指定訪問看護ステーション

登戸だんだん訪問看護

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