

特別訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○でかこむこと

特別看護指示期間(年 月 日～ 年 月 日)※有効期限最大14日間

点滴注射指示期間(年 月 日～ 年 月 日)※有効期限最大7日間

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日(歳)
症状・主訴			
褥瘡の深さ	★NPUAP 分類: III IV	☆DESIGN 分類: D3 D4 D5	
留意事項及び指示事項 (注: 点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載してください。)			
※薬剤アレルギー: 無 ・有()			
点滴注射指示内容(投与薬剤・投与量・投与方法等)			
緊急時の連絡先等(かかりつけ医の携帯番号等)			

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

印

訪問看護ステーション道 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