

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）

(ふりがな)		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)								
患者氏名											
患者住所			電話 () -								
主たる傷病名											
現在の状況 (該当項目に○等)	現在の病状・治療・状態										
	投与中の薬剤の用量・用法										
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
		認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
	要介護認定の状況	要支援	要介護	1	2	3	4	5			
	褥創の深さ	NPUAP分類(Ⅲ度 Ⅳ度)			DESIGN分類(D3 D4 D5)						
	装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜還流装置 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 (経鼻・胃瘻:チューブサイズ) 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (サイズ) 日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: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))											
2. 褥創の処置など											
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(投薬薬剤・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、感染症、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ください。)											
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への指示 (無 有:訪問介護事業所名)											

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
FAX
医師 氏名

印