

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）

患者氏名	様		生年月日	大・昭・平・令	年	月	日			
								（ 歳）		
患者住所	電話 () -									
主たる傷病名		(1)	(2)				(3)			
現在の状況	病状・治療状態									
	投薬中の薬剤の用量・用法	1.	2			3.			4.	5.
	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
	褥瘡の深さ	DESIGN 分類		D3	D4	D5	NPUAP 分類		III度	IV度
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（経鼻・胃瘻：サイズ、日に1回交換） 8. 留置カテーテル（部位：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. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. 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）] 2. 褥瘡の処置等 3. 装置・使用医療機器などの操作援助・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方法										
特筆すべき留意事項（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ください。）										
他の訪問看護ステーションへの指示 （ 無 有 : 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)										

上記の通り、指示いたします。

令和 年 月 日
医療機関名
住所
電話
(FAX)
医師名

事業所 殿

印