

# 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～平成 年 月 日)  
点滴注射指示期間(平成 年 月 日～平成 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○等)	病状・治療状態	
	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 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	NPUAP分類(★) III度 IV度 DESIGN分類(☆) D3 D4 D5
	装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 ( ℓ/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 (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 2. 褥瘡の処置等 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)		

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

指定訪問看護ステーション

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