

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			生年月日	明・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（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.					
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	II a	II b	III a	III b	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（	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（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に記載）									
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、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
（ F A X ）
医 師 氏 名

印