

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 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

点滴注射指示期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )

患者氏名			生年月日	年 月 日						
						( 歳 )				
患者住所	電話 ( ) -									
主たる傷病名	(1)		(2)	(3)						
傷病名コード										
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	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	自立度	認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	要介護認定の状況	要支援 ( 1 2 ) 要介護 ( 1 2 3 4 5 )								
	褥瘡の深さ	DESIGN-R2020 分類 D 3 D 4 D 5 N P U A P 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 ( 1 / 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. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護

1 日あたり ( ) 分を週 ( ) 回

## 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

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 )

## 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。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

(FAX.)

医師氏名

印

事業所

殿