

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							（ 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					
		7	8		9					
	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（ 1 2 ）			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）		:チューブサイズ		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・言語聴覚士が行う訪問看護					1日あたり（ ）分を週（ ）回					
2. 褥瘡の処置等										
3. 装置・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下さい。）										
他の訪問看護ステーションへの指示 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 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