

訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

訪問看護指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)  
点滴注射指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名			生年月日	年 月 日生 ( 歳)		
患者住所				電話番号		
主たる傷病名						
現在の状況	病状・療状					
	投薬中の用法・用量					
	日常生活自立度	寝たきり度	正常	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
		認知症の状況	正常	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		NPUAP分類	度 度	DESIGN分類	D3 D4 D5
装着・使用機器等 ( 印)	自動腹膜灌流装置 吸引器 経管栄養 ( 留置カテーテル ( サイズ ) 人工呼吸器 ( : 設定 ) 気管カニューレ ( サイズ ) 人工肛門	透析液供給装置 中心静脈栄養装置 : チューブ サイズ	酸素療法 ( /min ) 輸液ポンプ 日に1回交換 ) 日に1回交換 )	ドレーン ( 部位 : ) 人工膀胱 その他 :		
留意事項及び指示事項 療養生活指導上の留意事項						
1. リハビリテーション 2. 褥瘡などの処置 3. 装着・使用機器等の操作援助・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 不在時の対処法						
特記すべき留意事項						
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、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話  
( F A X )

指定訪問看護ステーション

青葉区医師会訪問看護ステーション 殿

医師氏名

印