

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 | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |
| | | 10 | 11 | | | 12 | | | | | |
| | | 13 | 14 | | | 15 | | | | | |
| | 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