

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	様		生年月日	(0 歳)						
患者住所	電話									
主たる傷病名										
病状・治療 状										
現在の状況・ 該当項目に○等	投与中の薬 剤の用量・ 用法	1 4 7 10 13	2 5 8 11 14	3 6 9 12 15						
	日常生活 自立度	寝たきり度 認知の状況	J1 I	J2 IIa	A1 IIb	A2	B1 IIIa	B2 IIIb	C1 IV	C2 M
	要介護度認定の状況	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・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて、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:										

上記の通り、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医師氏名

愛訪問看護ステーション 殿

印