

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 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)																						
患者住所	電話 () -																						
主たる傷病名	(1)	(2)					(3)																
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					
該当項目に○等)	要介護認定の状況	要支援 要介護 (1 2 3 4 5)																					
該当項目に○等)	褥瘡の深さ	DESIGN分類			D3	D4	D5	NPUAP分類			III度	IV度											
該当項目に○等)	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							
該当項目に○等)	装着・使用医療機器等	7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻 : サイズ															日に1回交換)						
該当項目に○等)	装着・使用医療機器等	8. 留置カテーテル (部位: サイズ															日に1回交換)						
該当項目に○等)	装着・使用医療機器等	9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定)																					
該当項目に○等)	装着・使用医療機器等	10. 気管カニューレ(サイズ:)																					
該当項目に○等)	装着・使用医療機器等	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ください。)																							
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。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)

医 師 氏 名

印