

# 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 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2 認知症の状況 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	DESIGN分類 D 3 D 4 D 5 NPUAP分類 III度 IV度
	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 ( 1 / 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 : 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 20・40・60・( ) 分を週 ( ) 回 ( 注 : 介護保険の訪問看護を行う場合に記載 ) ) 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、 <u>定期巡回・随時対応型訪問看護及び複合型サービス利用時の留意事項</u> 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 ( 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