

# 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	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)
--------	-----	-----	-----

傷病名コード			
--------	--	--	--

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		
	要介護認定の状況	認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M			
	褥瘡の深さ	DESIGN-R2020 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. 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

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  
(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。 年 月 日

医療機関名: \_\_\_\_\_  
住 所: \_\_\_\_\_  
電 話: \_\_\_\_\_  
(FAX) : \_\_\_\_\_  
医師氏名 : \_\_\_\_\_ 印