

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 ~ 年 月 日)  
点滴注射指示期間 (令和 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名			生年月日	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					
	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 ( 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: 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
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、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。

令和 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
( F A X )  
医 師 氏 名

印