

# 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○で囲んでください

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）

ID

患者氏名		生年月日		（ 歳）
------	--	------	--	------

患者住所	電話
------	----

主たる傷病名	
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	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
	認知症の状況	自立	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）					（認定なし）			
	褥瘡の深さ	DESIGN分類（*1）		D3	D4	D5	NPUAP分類（*2）		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 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

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・臨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 \_\_\_\_\_ 殿）  
 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 ： 事業所名 \_\_\_\_\_ 殿）

上記のとおり、指示いたします。 令和 年 月 日

医療機関名 社会福祉法人北海道社会事業協会洞爺病院  
 住 所 北海道虻田郡洞爺湖町高砂町126番地  
 電話・FAX 0142-74-2555 ・ 0142-74-2665  
 医師氏名 \_\_\_\_\_ 印