

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. 4. 2. 5. 3. 6.											
	日常生活自立度	寝たきり度	自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2		
		認知症の状況	自立	I	II a	II b	III a	III b	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． （ 該当項目に○印 ） 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
住 所
電 話 ・ FAX
医 師 氏 名 印