

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

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 年 月 日	
患者住所		電話 () -	
主たる傷病名			
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		
	日常生活自立度	寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
	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-R2020分類 D3 D4 D5 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) 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) 日に1回交換) 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
(FAX.)
医 師 氏 名

印