訪 問 看 護 指 示 書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を〇で囲むこと

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　　年　　月　　日（　　歳）
患者住所	〒 電話（　　）　　－		
主たる傷病名			
現在の状況（該当項目に〇等） 病状・治療状態			
投与中の薬剤の用量・用法	1.　　2.　　3. 4.　　5.　　6. 7.　　8.　　9. 10.　　11.　　12. 13.　　14.　　15.		
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	自立　要支援（ 1　2 ）　経過的要介護　要介護（ 1　2　3　4　5 ）		
褥瘡の深さ	NPUAP分類（ Ⅲ度　Ⅳ度 ）　DESIGN分類（ D3　D4　D5 ）		
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（　　／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：チューブサイズ　　、　　日に１回交換） 8. 留置カテーテル（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. ドレーン（部位：　　） 12. 人工肛門　13. 人工膀胱　14. 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

2．褥瘡の処置等

3．装置・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：薬の相互利用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往症、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

団栗訪問看護リハビリステーション　　殿