

# 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 ( 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		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.							
	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
		認知症の状況	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 )						
	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		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(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										
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