

# 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（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	様	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日							
患者住所								電話 ( ) -		
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)							
現在の状況	病状・治療状態									
	投薬中の薬剤の用量・用法	1.	2.	3.	4.	5.	6.			
	日常生活自立度	寝たきり度	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		要介護( 1 2 3 4 5 )					
		褥瘡の深さ	DESIGN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 )                      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. 装置・使用医療機器などの操作援助・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 不在時の対応方法										
特筆すべき留意事項 (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ください。)										
他の訪問看護ステーションへの指示 ( 無 有 : 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 )										

上記の通り、指示いたします。

令和 年 月 日

事業所 医療機関名  
住所  
電話  
( FAX )  
殿 医師氏名

印