

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

開始日：セルE列の有効期限の翌日→訪問看護指示期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日 ）
終了日は空欄 点滴注射指示期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日 ）

患者氏名		セルAの氏名		生年月日		セルBの生年月日→年 月 日 セルC列の年齢→(歳)					
患者住所										電話 () -	
主たる傷病名		(1)		(2)		(3)					
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. 2.		3. 4.		5. 6.					
	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-R2020分類 D 3 D 4 D 5			N P U A P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. 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。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

事業所

殿