

**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	生年月日		()歳							
患者住所						電話番号				
主たる傷病名										
現在の状況 該当項目に○	病状治療状態									
	投与中の薬剤の用法・要量	1						5		
		2						6		
		3						7		
		4						8		
	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)						
	褥創の深さ	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・胃ろう: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. 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										
2. 褥創の処置等										
3. 装置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指示に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法)										
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)										

上記の通り、指定訪問看護の実施を指示いたします。

作成日 令和 年 月 日
医療機関
住所
電話
FAX
医師名 _____ (印)