

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	(歳)													
患者住所	電話																
主たる傷病名																	
病状・治療 状 態																	
現在の状況・ 該当項目に○等	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	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M
	要介護度認定の状況	要支援 (1 2)	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 (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 : チューブサイズ	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()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 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 訪問介護事業所名:																	

上記の通り、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