

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	令和 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.	3.	4.	
		5.	6.			
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2
		認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa
					IIIb	IV
要介護認定の状況	要支援(12)		要介護(12345)			
褥瘡の深さ	DESIGN-R2020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: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

印

事業所 訪問看護ステーションななほし

瀬古 直美

殿