

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

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 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
患者住所	〒			
主たる傷病名				
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			
	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	自立	要支援(1 2)	要介護(1 2 3 4 5)
	褥瘡の深さ	NPUP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 (/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:チューブサイズ) 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 2. 褥瘡の処置等 3. 装置・使用機器等の操作援助・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 : 指定訪問介護事業所名)				

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日
医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印