

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～ 年 月 日）
 点滴注射指示期間（令和 年 月 日～ 年 月 日）

患者氏名	生年月日		年 月 日（ 歳）		
患者住所	TEL				
主たる傷病名					
現在の状況	症状・治療状態				
	投与中の薬剤の用法・用量	1. 2. 3.			
	日常生活自立度	寝たきり度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2		
		認知症の状況	自立 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 ）			
	褥瘡の深さ	DESIGN 分類 D3 D4 D5 / NPUAP 分類 III度 IV度			
装着・使用医療機器等（該当番号に○印）	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（ :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（ :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			ターミナル期 該当有無 有 無		
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 40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・臨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ください。）					
他の訪問看護ステーションへの指示 （ 無 ・ 有 : 殿） 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 : 殿）					

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・FAX
医師氏名

印