

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	年 月 日生 ( 歳)					
患者住所						電話			
主たる傷病名	(1)	(2)			(3)				
傷病名コード									
現在の状況	症状・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	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	認知症の状況	a		b	a	b	M		
該当項目に等	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-R2020分類		D 3	D 4	D 5	N P U A P分類		度 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 (			: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 療養生活指導上の留意事項									
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									
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 )									
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 )									

上記のとおり、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

事業所

印

殿