

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	様	生年月日	年 月 日（ ）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（該当項目に○等）	病状・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	4. _____	5. _____	6. _____
	認知症の状況	自立 I IIa IIb IIIa IIIb V 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	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	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 20・40・60・（ ）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。

令和 年 月 日

指定訪問看護ステーション

玉名郡市医師会訪問看護ステーション

殿

医療機関名
住所
電話番号
(FAX.)
医師氏名

印