

□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	電話 :									
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	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	I	II a	II b	III a	III b	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		D 3	D 4	D 5	NPUAP分類	III度	IV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 (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 (注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載)										
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。

令和 年 月 日

医療機関名 :

住 所 :

電 話 :

( F A X ) :

医 師 氏 名 :

印