

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	（ 歳）
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 剤の用量・ 用法	1. 2.					3. 4.					5. 6.				
	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		要支援（ 1 2 ）要介護（ 1 2 3 4 5 ）													
	褥 瘡 の 深 さ		DESIGN-R2020分類 D3 D4 D5 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. 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ください。)
-----------	---

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。

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医師氏名

猫の手訪問看護ステーション

印