

# 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 ( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 )  
点滴注射指示期間 ( 年 月 日 ) ~ ( 年 月 日 )

患者氏名			生年月日 明・大・昭・平・令	年 月 (歳)	
患者住所	電話 ( )				
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)		
症病名コード					
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	自立 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 4. 吸引器 7. 経管栄養 ( 経鼻 ・ 胃瘻 : サイズ 8. 留置カテーテル ( サイズ 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 12. 人工肛門	2. 透析液供給装置 5. 中心静脈栄養 、 、 、 、 13. 人工膀胱	3. 酸素療法 ( ℓ/min ) 6. 輸液ポンプ 、 、 、 、 14. その他 ( )	日に1回交換) 日に1回交換) ) ) ) )
	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日当たり( )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: 指定訪問介護ステーション名)					

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名所  
住電 (FAX)

医師氏名

印

## 富里訪問看護ステーション