

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 )

カナ 患者氏名			生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳 )						
患者住所								電話 ( )	—	
主たる傷病名										
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-R2020 分類 D 3	D 4	D 5	NPUAP 分類 III 度	IV 度				
	パーキンソン病重症度分類	Hoehn-Yahr の重症度分類			Stage III · stage IV · stage V					
		生活機能障害度			II III					
	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 ( 1 / 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 ( 屋外リハビリ : 可 · 不可 ) 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 60 分を週 2 ~ 3 回 ( 左記以外の場合 : 分 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。	年 月 日									

医療機関名  
住 所  
電 話  
( F A X )  
医 师 氏 名

印

訪問看護ステーションけいと 殿