

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	西暦 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									
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 3. 5.	2. 4. 6.							
	日常生活自立度	寝たきり度	J1 I	J2 II a	A1 II b	A2 III a	B1 III b	B2 IV	C1 M	C2
	認知症の状況					要支援( 1 2 )	要介護( 1 2 3 4 5 )			
	要介護認定の状況									
	褥瘡の深さ	DESIGN-R2020分類				D3 NPUAP分類	D4 III度	D5 IV度		
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(部位: 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	2. 透析液供給装置 5. 中心静脈栄養 、 、 、 、 12. 人工膀胱	3. 酸素療法( 1/min ) 6. 輸液ポンプ 、 、 、 、 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. 傷瘡の処置等

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  
(FAX)

医師氏名

印

事業所 訪問看護ステーション angel time

殿