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　日生（　歳）
患者住所	電話		
主たる傷病名			

現在の状況（該当項目に○等）	症状・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（　1/min） 4. 吸引器　5. 中心静脈栄養　6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養（　: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（　: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）

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）

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

事業所

殿