

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

傷病名によっては、指示書が異なる場合があります。

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

患者氏名 _____ 生年月日 _____ 明・大・昭・平 _____ 年 月 日 (歳)

患者住所 _____ 電話 () - _____

主たる傷病名 (1) _____
ここに書かれている疾病名が、介護保険対象か医療保険対象かの判断基準となります。

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	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分類		D 3	D 4	D 5	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
- リハビリテーション
 - 褥瘡の処置等
 - 装着・使用医療機器等の操作援助・管理
 - 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 : 指定訪問介護事業所名 _____)

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

指示日は、指示期間開始日以前であること。

事業所

殿

印