

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	
患者住所	(歳)									
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					
	装着・使用 医療機器等	生活機能障害度		II		III				
	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 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 師 氏 名

印