

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		(1)	(2)		(3)					
傷病名コード										
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. 3. 5.	2. 4. 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 N P U A P 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 (: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. 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. 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										
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
事業所
殿
印