# 訪　問　看　護　指　示　書
# 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を〇で囲むこと

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 | 年　　月　　日　（　　歳） |
| 患者住所 | 電話（　　）　－ | | |
| 主たる傷病名 | （1）　　（2）　　（3） | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 現在の状況（該当項目に〇等） | 病状・治療状　態 | | |
| | 投与中の薬剤の用量・用法 | 1．　　2．<br>3．　　4．<br>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 | | 自立　要支援　要介護（　１　２　３　４　５　） |
| | 褥瘡の深さ | | DESIGN-R2020分類　Ｄ3　Ｄ4　Ｄ5　ＮＰＵＡＰ分類　Ⅲ度　Ⅳ度 |
| | 装着・使用医療機器等 | １．自動腹膜潅流装置　２．透析液供給装置　３．酸素療法（　　l/min）<br>４．吸引器　５．中心静脈栄養　６．輸液ポンプ<br>７．経管栄養　（経鼻・胃瘻　：サイズ　　、　　日に１回交換）<br>８．留置カテーテル（部位：　　サイズ　　、　　日に１回交換）<br>９．人工呼吸器　（陽圧式・陰圧式　：設定　　）<br>10．気管カニューレ（サイズ：　　）<br>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、薬剤アレルギーの既往、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

指定訪問看護ステーション
訪問看護ステーション　やしま　殿