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）

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）
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		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） 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.　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