

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

訪問看護指示期間 平成 年 月 日～ 年 月 日
点滴注射指示期間 平成 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)	(2)	(3)							
(該当項目現在に○印など)	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	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	
認知症生活自立度	I	II	IIb	IIIa	IIIb	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	NPUAP分類： III度 IV度 DESIGN分類： D3 D4 D5									
装着・使用医療機器等 (該当番号に○印)	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (/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：チューブサイズ、 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (サイズ、 日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧・陰圧：設定) 10. 気管カニューレ(サイズ) 11. ドレーン (部位：) 12. 人工肛門 13. 人口肛門 14. 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										
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等があれば記載してください。)										
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)										

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名：
住所：
電話：
FAX：
医師氏名

印