

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 令和 年 月 日～ 年 月 日
点滴注射指示期間 令和 年 月 日～ 年 月 日

患者氏名		生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 (歳)							
患者住所		電話 — —							
主たる傷病名		(1)	(2)	(3)	(4)				
傷病名コード		(1)	(2)	(3)	(4)				
（該当項目現在の○状況など）	病状・治療状態								
	投与中の薬剤の用量・用法	1.	2.			3.			4.
	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. 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 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 内容 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。

令和 年 月 日

医療機関名：
住所：
電話：
FAX：
医師氏名

印