

# 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									
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	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1 C 2
		認知症の状況	I	IIa	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	DESIGN-R2020分類		D 3	D 4	D 5	NPUAP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 ( 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									
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 : 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

あすみ訪問看護ステーション

殿