

パーキンソン病の場合はホーエン・ヤールの重症度分類（ステージ3以上）と生活機能障害（ⅡまたはⅢ度のもの）についての明記をお願いいたします

指示期間は1ヶ月～6ヶ月の間で
お願いいたします

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)例：心原性脳梗塞症	(2)	(3)							
傷病名コード	例：8842272									
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 状態	投与薬剤の記載をお願いいたします (別紙参照も可)								
	投与中の薬剤 の用量・用法	1. 3. 5.	4. 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	要支援 (1 2)		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. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (1/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 例：一般状態観察・清潔ケア・服薬管理など										
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 ○○○訪問看護ステーション) 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)										

該当する事項に○をお願いいたします

該当する項目に○及び記載をお願いいたします

この欄は詳細に指示事項を記載頂ければ幸いです

どちらかに○をお願いいたします

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