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 明・大・昭・平・令　年　月　日（　歳）	
患者住所		電話（　）　－	
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
症病名コード			

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（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		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（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. ドレーン（部位：　） 12. 人工肛門　13. 人工膀胱　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

（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護
1日当たり（　）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、薬物アレルギーの既往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：指定訪問介護ステーション名

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

かわな訪問看護ステーション　　殿