

介護予防訪問看護・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	様	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)							
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 ( /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・胃ろう：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. 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										
2. 褥瘡の処置等										
3. 装置・使用機器等の操作援助・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、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 : 指定訪問介護事業所名 )										

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日  
医療機関名  
住 所  
電 話  
( F A X )  
医 師 氏 名

印