

(介護予防)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										
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.				
	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・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 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

いちか訪問看護ステーション

殿

医療機関名  
住所  
電話  
( FAX . )

医師氏名

印