

□ 訪問看護指示書
□ 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書をチェックすること

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	生年月日		年	月	日	(歳)			
患者住所	電話() -								
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.		
		7.	8.	9.					
	日常生活 自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	
		認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	
		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(/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. リハビリテーション(屋外歩行 可・否) (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護 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書への指示 (無・有 : 訪問介護事業所名 :)									

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印