

# 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 (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	明・大・昭・平	年	月	日	( 歳)	
患者住所			電話	-	-				
主たる傷病名									
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治癒状態								
	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	V
	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		NPUAP分類		III度	IV度	DESIGN分類 D3 D4 D5		
装置・使用	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法( /min)								
医療機器等	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: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. 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									
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									
在宅患者訪問点滴に関する指示(投与薬剤・投与方法等)									
緊急の連絡先 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 )									

上記の通り、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  
(FAX)  
医師氏名