

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			生年月日	年 月 日生 ( 歳)						
患者住所				電話番号						
主たる傷病名										
現 在 の 状 況	病状・療 治状・態									
	投薬中の 薬剤の用 法・用量									
日 常 生 活 自 立 度	寝たきり度	正常	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	認知症の状況	正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
要 介 護 認 定 の 状 況	要介護認定の状況									
	褥瘡の深さ		NPUAP分類		Ⅲ度	Ⅳ度	DESIGN分類		D3	D4
装 着 ・ 使 用 医 療 機 器 等 (○印)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自動腹膜灌流装置</li> <li>・吸引器</li> <li>・経管栄養 ( :チューブ)</li> <li>・留置カテーテル ( )</li> <li>・人工呼吸器 ( :設定 )</li> <li>・気管カニューレ ( )</li> <li>・人工肛門</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・透析液供給装置</li> <li>・中心静脈栄養装置</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・酸素療法 ( /min)</li> <li>・輸液ポンプ (日に1回交換)</li> <li>・ドレーン(部位: )</li> <li>・その他:</li> </ul>					
	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. 褥瘡などの処置										
3. 装着・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 不在時の対処法										
特記すべき留意事項										
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 : 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

指定訪問看護ステーション

( F A X )

しもふり訪問看護ステーション

殿 医師氏名

印