



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（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

点滴注射指示期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

患者氏名			生年月日	明・大・昭	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○)	病状・治療状態									
	投与中の薬剤の用法・用量	1.				2.				
		3.				4.				
		5.				6.				
	日常生活自立度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
		認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
	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	N P U A P 分類			III 度	IV 度	DESIGN 分類			D 3 D 4 D 5
	装着・使用医療機器等 (番号に○印)	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；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点										
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										
訪問回数	1. 週		回	2. 月		回				
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										
）										

上記の通り、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関
住 所
電話・FAX
医師氏名

印