



# 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	NPUAP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 )												
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