



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)		

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