



老人訪問看護・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）

区分（該当する項目に○を付すこと）		老人訪問看護				訪問看護				
患者氏名 住所 電話 生年月日	(男・女) () 明・大・昭・ 年 月 日 (歳)	社保	保険者番号							
		国保	記号番号							
		公費番号								
		受給者番号								
主たる傷病名										
現在の状況	病状・治療状態									
	投与中の薬剤の用法・用量	1.				2.				
		3.				4.				
		5.				6.				
	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		
	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所への指示 （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
F A X
医師氏名

印