



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