

**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 (年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

<small>カナ</small> 患者氏名	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日	
患者住所	電話 () - (歳)	
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療態 投与中の薬の 用量・用法	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	DESIGN分類 D 3 D 4 D 5 NPUAP分類 III度 IV度
	パーキンソン病重症度分類	Hoehn-Yahrの重症度分類 Stage III・stage IV・stage V
		生活機能障害度 II III
	装着・使用 医療機器等	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (l/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: サイズ , 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位: 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. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ()
留意事項及び指示事項		
I 療養生活指導上の留意事項		
II 1. リハビリテーション (屋外リハビリ: 可・不可) 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 1日あたり60分を週2~3回 (左記以外の場合: 分 回)		
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		
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、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等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)		
上記のとおり、指示いたします。 年 月 日		

医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印