

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

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)

患者氏名	生年月日		年 月 日生 (歳)	
患者住所	電話番号			
主たる傷病名				
現 在	病状・ 治療 状態			
	投薬中の 薬剤の用 量・用法			
の 自 立 度	日常生活	寝たきり度	正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	
		認知症の状況	正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	
状	要介護認定の状況			
	褥瘡の深さ		DESIGN分類 D3 D4 D5	NPUAP分類 III度 IV度
況	装着・使 用医療機 器等 (○印)	<ul style="list-style-type: none"> 自動腹膜灌流装置 吸引器 経管栄養 (:チューブ) 留置カテーテル(部位:) 人工呼吸器 (:設定) 気管カニューレ(挿入) 人工肛門 	<ul style="list-style-type: none"> 透析液供給装置 中心静脈栄養装置 	<ul style="list-style-type: none"> 酸素療法(/min) 輸液ポンプ
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 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20・40・60・()分を週()回(注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載)				
2. 褥瘡などの処置				
3. 装着・使用機器等の操作援助・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 不在時の対処法				
特記すべき留意 事項				
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、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住 所

電 話

指定訪問看護ステーション

(FAX)

上野訪問看護ステーション"伊いね" 殿

医師氏名

印