

**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 の 状 況	病状・療 治状態											
	投薬中の 薬剤の用 量・用法											
	日常生活 自立度	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		
	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
装着・使 用医療機 器等 (○印)		・自動腹膜灌流装置			・透析液供給装置			・酸素療法(           /min)				
		・吸引器			・中心静脈栄養装置			・輸液ポンプ				
		・経管栄養 (           :           )			:           )			日に1回交換)				
		・留置カテーテル(部位:           )			カテーテル			日に1回交換)				
		・人工呼吸器 (           :           )			)							
		・気管カニューレ(カニューレ)			)							
		・人工肛門			・人工膀胱			・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 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

( F A X )

上野訪問看護ステーション"伊いね" 殿

医師氏名

印