

**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 傷病名コード											
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)	・ 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 (      )	・ チューブサイズ	・      サイズ	日に1回交換						
		・ 留置カテーテル (部位:      )	・      サイズ	・      )	日に1回交換						
		・ 人工呼吸器 (      : 設定      )	・      )	・ ドレーン(部位:      )							
		・ 気管カニューレ(サイズ      )	・      )	・      )							
		・ 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

(FAX)

上野訪問看護ステーション"伊いね"

殿      医師氏名

印