

**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	NPUP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)	・人工膀胱	・その他:)							
		・人工肛門									
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