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							
現在の状況	病状・治療状態						
	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-R2020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（　　:ﾁｭｰﾌﾞｻｲｽﾞ　　日に１回交換) ・留置ｶﾃｰﾃﾙ（部位：　　ｻｲｽﾞ　　日に１回交換) ・人工呼吸器（　　：設定　　） ・気管ｶﾆｭｰﾚ(ｻｲｽﾞ　　)　・ドレーン(部位：　　) ・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・言語聴覚士が行う訪問看護
1日あたり 20 ・ 40 ・ 60 ・（　　）分を週（　）回

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、指示いたします。　　年　　月　　日

医療機関名
住　　所

電　　話
（ＦＡＸ）

事業所
上野訪問看護ステーション"伊いね"　殿　　医師氏名　　印