

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

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 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
患者住所	電話 () -	
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態	
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.
	日常生活自立度	寝たきり度 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症の状況 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
	要介護認定の状況	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)
	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	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻: サイズ 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位: サイズ 日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. 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. 褥瘡の処置等 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・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 不在時の対応法		
特記すべき留意事項 (注: 薬の相互作用・副作用についての留意点、薬物アレルギーの既往、定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)		
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
(F A X)
医 師 氏 名

印

事業所

殿

【記載例】

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間 (令和 年 月 日 ~ 年 月 日)
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	19 年 月 日 明・大 平・令 年 月 日									
患	点滴指示期間は、1週間が最長です。 例：R2. 7. 1~R2. 7. 7					指示期間は、1ヶ月~最長6カ月です。 例：R2. 7. 1~R2. 12. 31 R2. 7. 15~R3. 1. 14				
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)							
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態	利用者負担免除の疾患がある場合には、該当疾患名の記載をして下さい。								
	投与中の薬剤の用量・用法	1. 3. 5.	4. 6.							
	日常生活自立度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	要介護認定の状況	認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	
褥瘡の深さ	要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)									
装着・使用医療機器等	DESIGN分類 D3 D4 D5 NPUAP分類 III度 IV度									
	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 (l/min) 4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ 7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻：サイズ、日に1回交換) 8. 留置カテーテル (部位： サイズ、日に1回交換) 9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式：設定) 10. 気管カニューレ (サイズ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 (自己導尿など)									
留意事項及び指示事項	I 療養生活指導上の留意事項									
	現在使用している機器等あれば必ずご記入下さい。									
	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 リハビリテーションをご指示の際は○印をお願いします。 3. 装着・ 屋外での歩行リハビリ実施 (看護師同伴散歩含める) の可能性のある方には、「屋外リハビリ」と記載して下さい。 4. その他 介護保険の訪問看護を行う場合、1日あたりの訪問時間と1週間あたりの訪問回数を記載して下さい。									
在宅患者訪問										
緊急時の連絡先 不在時の対応法										
特記すべき留意事項 (注：薬の相互作用・対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の)	複数のステーションをご利用している方はご利用中のステーション名までご記入下さい。									
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
住電
(F A
医師氏名

指示日は、指示期間開始と同日またはそれ以前の日付を記載して下さい。