

介護予防訪問看護・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（令和 年 月 日～ 年 月 日）

点滴注射指示期間（令和 年 月 日～ 年 月 日）

患者氏名	様	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日						
患者住所	電話（ ）						—					
主たる傷病名												
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											
	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	なし	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
	要介護認定の状況	自立	要支援（1 2）		要介護（1 2 3 4 5）							
	褥瘡の深さ	NPUAP分類		III度	IV度	DESIGN分類		D3	D4	D5		
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（ /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・胃ろう：チューブサイズ				、 日に1回交換）							
	8.留置カテーテル（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												
2. 褥瘡の処置等												
3. 装置・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 : 指定訪問介護事業所名)												

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
（ F A X ）
医 師 氏 名

印