

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）

カナ 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 傷病名コード			
現在の 状況 (該 当 項 目 に ○ 等)	病状・治療 状態			
	投与中の薬 の用量・ 用法	1. 2. 3. 4. 5. 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	
		認知症の状況	I II a II b III a III b 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-R2020 分類 D 3 D 4 D 5 NPUAP 分類 III度 IV度		
	パーキンソン病重症度分類	Hoehn-Yahr の重症度分類	Stage III・stage IV・stage V	
		生活機能障害度	II III	
	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（屋外リハビリ：可・不可） 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 60分を週2～3回（左記以外の場合：分 回） 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

熊谷中央訪問看護ステーション 殿