

# 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（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

点滴注射指示期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

患者氏名	生年月日 明大昭平 年 月 日 ( 歳)	
患者住所	電話番号 ( )	
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	
	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
	要介護度認定の状況	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. 輸血ポンプ 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:、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. 人口膀胱 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第一号複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載してください。)		
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 )		

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
(FAX)  
医師氏名

印