

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～令和 年 月 日)

点滴注射指示期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)

(ふりがな)		生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
患者氏名			
患者住所		電話 ( ) -	
主たる傷病名			
現在の状況 (該当項目に○等)	現在の病状・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 認知症の状況	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
	要介護認定の状況	要支援 要介護	1 2 3 4 5
	褥創の深さ	NPUAP分類(Ⅲ度 Ⅳ度) DESIGN分類(D3 D4 D5)	
	装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜還流装置 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・胃瘻: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. ドレーン (部位: ) 12. 人工肛門 13. 人工膀胱 14. 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. 褥創の処置など			
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(投薬薬剤・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、感染症、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 )			
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。

令和 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
F A X  
医師氏名

印

指定訪問看護ステーション

医療法人社団 晃進会

訪問看護ステーション よろこび 殿