

訪問看護指示書
 在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書に✓をつけて下さい

訪問看護指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) ※最長6ヶ月間
点滴注射指示期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) ※最長1週間

患者氏名	生年月日		年	月	日	(歳)				
患者住所	電話									
主たる傷病名	※パーキンソン病の場合は必ずご記入ください ホーエン・ヤールの重症度分類 (1 2 3 4 5) 生活機能障害度 (I II III)									
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態									
	投薬中の薬剤の用量・用法	1.	4.	7.						
		2.	5.	8.						
		3.	6.	9.						
	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	II a	II b	III a	III b	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 (該当するものに○印をつけて下さい) 1. 栄養管理 2. 排泄管理 3. 感染管理 4. 看護師による清潔援助 5. 合併症の早期発見・予防 6. 服薬管理指導 7. 介助者を含めた精神的援助 8. その他 ()									
	II 1. リハビリテーション ※理学療法士等への留意点・注意事項等があれば記入して下さい [◎理学療法士等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 不在時の対応方法 ※24時間往診体制: 有 ・ 無										
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 :) たんの吸引等実施の為の訪問介護事業所への指示 (無 ・ 有 :)										

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
医 師 氏 名

㊞