

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✓をつけてください

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	(1)	(2)	(3)				
傷病名コード							
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態						
	※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 )						
	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	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時間の往診体制: 有・無 ※急変時の初期対応: お願いします・訪問前に要連絡				
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

