訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を〇で囲むこと

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）

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	（1）　　（2）　　（3）		
現在の状況（該当項目に〇等） 病状・治療状態			
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	
要介護認定の状況		要支援（１２）　要介護（１２３４５）	
褥瘡の深さ		DESIGN-R2020 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

Ⅱ　1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護
（１日あたり（　　）分を週（　　）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

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：
（ＦＡＸ）：
医師氏名：　　印

訪問看護ステーションひだまり殿