

# 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 3 年 10 月 1 日 ~ 令和 3 年 12 月 31 日 )  
点滴注射指示期間 ( 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 )

患者氏名	田中 花子 様	生年月日	明 ・ 大 ・ ( 昭 ) ・ 平			19 年 8 月 28 日	( 77 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○等)	病状・治療状態									
	投与中の薬剤の用量・用法	1.	2.							
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	要介護認定の状況	認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	要介護認定の状況	自立		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 ( 1/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. リハビリテーション										
<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">                 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 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             </div>										
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、指示致します。

年 月 日

医療機関名  
住 所

(電話)  
(FAX)

電 話  
( F A X )

殿 医 師 氏 名