

介護予防訪問看護・訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

訪問看護指示期間(令和 年 月 日～ 年 月 日)
点滴注射指示期間(令和 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	様		生年月日 明・大・昭・平 年 月 日		(歳)		
患者住所	電話 () -						
主たる傷病名							
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						
	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	自立		要支援(1 2)		要介護(1 2 3 4 5)	
	褥瘡の深さ	NPUAP分類		III度	IV度	DESIGN分類 D3 D4 D5	
装着・使用医療機器等	1.自動腹膜灌流装置 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・胃ろう: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.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							
(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. 装置・使用機器等の操作援助・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 : 指定訪問介護事業所名)							

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日
医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 氏 名

印