

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 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   | 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   | (1)  | (2)      | (3) |      |      |       |         |     |      |     |
| 現在の状況<br>(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.  |      | 3.   |       | 4.      |     | 5.   |     |
|  | 日常生活自立度  | 寝たきり度    | J 1 | J 2  | A 1  | A 2   | B 1     | B 2 | C 1  | C 2 |
|  | 要介護認定の状況   | 認知症の状況   | I   | II a | II b | III a | III b   | IV  | M    |     |
|  | 褥瘡の深さ  | DESIGN分類 |     | D 3  | D 4  | D 5   | 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)<br>4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ<br>7. 経管栄養 (経鼻・胃瘻: サイズ、日に1回交換)<br>8. 留置カテーテル (部位: サイズ、日に1回交換)<br>9. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定)<br>10. 気管カニューレ (サイズ)<br>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<br>(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<br>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))<br>2. 褥瘡の処置等<br>3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理<br>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<br>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<br>(無 有: 指定訪問看護ステーション名 )<br>たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示<br>(無 有: 訪問介護事業所名 )   |  |          |     |      |      |       |         |     |      |     |

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
( F A X )  
医 師 氏 名

印