

(別紙様式16)

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 ( 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 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○等)	症状・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	II a	II b	III a	III b	IV	M	
	要介護認定の状況	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 1. リハビリテーション 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・臨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  
( F A X )  
医 師 氏 名

印