

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 大・昭・平 年 月 日<br>( 歳) |  |
| 患者住所   | 電話 ( ) -  |                   |                          |  |
| 主たる傷病名   | (1)   | (2)               | (3)                      |  |
| 傷病名コード   |   |                   |                          |  |
| 現在の状況<br>(該当項目に○等)   | 病状・治療<br>状 態  |                   |                          |  |
|  | 投与中の<br>薬剤の用<br>量・用法  |                   |                          |  |
|  | 日常生活<br>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<br>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)<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・胃ろう：チューブサイズ、 日に1回交換)<br>8.留置カテーテル (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 (禁忌事項として特記すべきことがございましたら、ご記入宜しくお願い致します。)<br>〔 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護<br>1日あたり ( ) 分を週 ( ) 回 〕<br>2. 褥瘡の処置等<br>3. 装置・使用機器等の操作援助・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 : 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

〇〇〇〇〇〇〇〇訪問看護ステーション  
〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇-〇  
電 話 : 00-0000-0000  
FAX : 00-0000-0000  
管理者 : 〇〇 〇〇

医療機関名  
住 所  
電 話  
FAX  
医師 氏名

印