

**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 (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 (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 4.吸引器 7.経管栄養(経鼻・胃ろう:チューブサイズ 8.留置カテーテル(サイズ 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	2.透析液供給装置 5.中心静脈栄養 、	3.酸素療法(/min) 6.輸液ポンプ 、	、	、	、	、	、	、	
	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。) (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

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: ○○ ○○

医療機関名

住 所

電 話

F A X

医師 氏名

印