

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・令 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	II _a	II _b	III _a	III _b	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・胃瘻：チューブサイズ、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											
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・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて 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)											
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