

訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

特別看護指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

点滴注射指示期間 (令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日)

患者氏名			生年月日				( 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	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C				
		痴呆の状況	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
	要介護認定の状況	要支援 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 (サイズ )                      日に1回交換) 9. 人口呼吸器 (陽圧式・陰圧式:設定 ) 10. 気管カニューレ(サイズ )                      11. ドレーン(部位: ) 12. 人工肛門                                      13. 人口膀胱                                      14. 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)							

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  
( FAX . )  
医 師 氏 名

印

特別訪問看護指示書  
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

特別看護指示期間 (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 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
病状・主訴 (一時的に訪問看護が頻回に必要な理由) 【症状】  【一次的に頻回な訪問看護が必要な理由】	
留意事項及び指示事項 (注: 点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)	
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名:

電 話:

F A X :

医師氏名:

印

指定訪問看護ステーション:

殿