訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を〇で囲むこと

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・令　　年　　月　　日 （　　歳）	
患者住所	電話		
主たる傷病名			
傷病名コード			

現在の状況（該当項目に〇等）	病状・治療状態		
	投与中の薬の用量・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　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　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－R2020 分類　D3　D4　D5　NPUAP 分類　Ⅲ度　Ⅳ度
	パーキンソン病重症度分類	Hoehn-Yahr の重症度分類	StageⅢ・stageⅣ・stageⅤ
		生活機能障害度	Ⅱ　Ⅲ
	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

Ⅰ　療養生活指導上の留意事項

Ⅱ1．リハビリテーション（屋外リハビリ：　可　・　不可　）
　　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60分を週2～3回（左記以外の場合：　分　回）

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・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：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
（ＦＡＸ）
医師氏名　　印

えんじゅ訪問看護ステーション　殿