

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

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   | 様                    |  | 生年月日                    | ( 0 歳)                  |           |    |            |            |          |         |
| 患者住所   | 電話                   |  |                         |                         |           |    |            |            |          |         |
| 主たる傷病名   |                      |  |                         |                         |           |    |            |            |          |         |
| 病状・治療<br>状   |                      |  |                         |                         |           |    |            |            |          |         |
| 現在の状況・<br>該当項目に○等  | 投与中の薬<br>剤の用量・<br>用法 | 1<br>4<br>7<br>10<br>13  | 2<br>5<br>8<br>11<br>14 | 3<br>6<br>9<br>12<br>15 |           |    |            |            |          |         |
|  | 日常生活<br>自立度          | 寝たきり度<br>認知の状況   | J1<br>I                 | J2<br>IIa               | A1<br>IIb | A2 | B1<br>IIIa | B2<br>IIIb | C1<br>IV | C2<br>M |
|  | 要介護度認定の状況            | 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<br>2. 透析液供給装置<br>3. 酸素療法 ( l/min)<br>4. 吸引器<br>5. 中心静脈栄養<br>6. 輸液ポンプ<br>7. 経管栄養 ( 経鼻・胃瘻 : チューブサイズ<br>日に1回交換)<br>8. 留置カテーテル ( 部位: サイズ<br>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<br>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( )分を週( )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<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>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>訪問介護事業所名:                   |                      |  |                         |                         |           |    |            |            |          |         |

上記の通り、指示いたします。

年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
( F A X )  
医師氏名

愛訪問看護戸塚ステーション 殿

印