

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			生年月日	明・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	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
	要介護認定の状況	認知症の状況	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	
	褥瘡の深さ		要支援 ( 1 2 )			要介護 ( 1 2 3 4 5 )				
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: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( )									
I 療養生活指導上の留意事項										
II 指示事項 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 ① ( )1日あたり40分を週1回以上 ※該当に○を記載 ②屋外歩行訓練 ( 可 ・ 不可 ) ※該当に○を記載 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)										
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書への指示 (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  
( F A X )  
医 師 氏 名

こじか訪問看護ステーション  
所長 松園 進矢 殿

印