

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

指示期間は「最長6か月」の範囲でしか認められません訪問看護指示期間（ 年 月 日 ～ 年 月 日 ）	
※1 注射指示の有効期間は1週間です 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（ ） ー
主たる傷病名	(1) (2) (3) (4) ※「～癌末期」 ※パーキンソン病はYahrの重症度分類 III IV V と生活機能障害度 2 3に ○ を記入下さい
傷病コード	(1) (2) (3) (4)
現在の状況（該当項目に○等）	病状・治療状態
	投与中の薬剤の用法・用量
	日常生活自立度
	要介護認定の状況
	※3 褥瘡の深さ
	装着・使用医療機器等
	○を付けて カッコ内に 必ず記入してください
	留意事項及び指示事項
I 療養生活指導上の留意事項	
創傷部位の皮膚の観察 炎症に注意 など	
II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 〔1日あたり（ 60 ）分を週（ 2 ）回〕 ※4	
禁忌動作体位 内科疾患合併症の負荷量 リハビリ中止基準 など	
屋外歩行訓練： 有 ・ 無	
2. 褥瘡の処置等： 処置方法 使用薬剤 褥瘡の状態 薬剤の選択	
3. 装着 ・ 使用医療機器等の操作援助 ・ 管理： 装着器具の種類 サイズ カテーテルなどの定期的な交換の頻度や注意点 管理 トラブル発生時の対応方法 在宅酸素の場合は安静時と労作時の指示量 呼吸困難の際の注意点など	
4. その他： 食事制限 カロリー 飲水量 排便コントロールの内容など 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 投与方法など）	
毎日～点滴 500ml 6時間で投与 ～混注 ～mg ～部位へ皮下点滴	
緊急時の連絡先： 携帯電話 不在時の対応法： 留守番電話にて対応	
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）	
○○○○服用後 60分は安静にして対応 など	
他の訪問看護ステーションへの指示（ 有 ・ 無 ） 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（ 有 ・ 無 ） 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致します。 ※5 年 月 日	

医療機関名 上記⇒指示開始日以前の日付で統一してください
住 所
電 話
(FAX)
医 師 氏 名

印

お願い 非常に重要な書類のために 見やすい確認できる字体でお願いします

- ※1 複数の訪問看護ステーションが訪問している場合には それぞれの訪問看護ステーションに訪問看護指示書の原本を交付する必要があります
- ※2 悪性腫瘍の場合「末期状態」 パーキンソン病の場合「ヤールの重症度分類と生活機能障害度」 「頸髄損傷」など正確な明記が必要です
- ※3 「特別管理加算を算定する」場合や「特別訪問看護指示書を月2回交付する」場合 訪問看護指示書の「褥瘡の深さ」の欄に「真皮を超える褥瘡の状態」であることを 記載しなければなりません NPUAP分類ではⅢ またはⅣ DESIGN分類では D3 D4 D5をいいます
- ※4 リハビリテーションで訪問リハビリを行う場合は、1日あたりの時間と回数の明記が必要です
- ※5 日付は 指示書の日付と 統一になります 指示書の日付と記載日の日付の統一 または記載日は指示書の日付 開始日以前の日付は認められません