

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・令 年 月 日（ 歳）							
患者住所		〒		電話（ ） —							
主たる傷病名		(1)		(2)		(3)		(4)			
		※「～瘡末期」 ※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○をご記入下さい									
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	1		2							
		3		4							
		5		6							
	日常生活自立度	寝たきり度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		認知の状況	自立	I	II a	II b	III a	III b	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		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（ 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・胃ろう：チューブサイズ 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. ドレーン（部位： ）									
		12. 人工肛門 13. 人工膀胱 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. 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（ ）分を週（ ）回 〕											
屋外歩行訓練： 有 ・ 無											
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 投与方法など）											
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（ 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。

年 月 日

医療機関名

住所

電話

(FAX)

醫師氏名

印

指定訪問看護ステーション 訪問看護リハビリステーション アオアクア 殿