

□訪問看護指示書
□在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書にチェックを入れる

訪問看護指示期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）
点滴注射指示期間（平成 年 月 日～平成 年 月 日）

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日
住所	電話

主たる傷病名	
--------	--

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
		認知症の状況	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		DESIGN分類		D3	D4	D5	NPUAP分類		III度 IV度
	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 (1/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：チューブサイズ) 日に1回交換) 8. 留置カテーテル (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. 人口膀胱 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	
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ください。)
-----------	------------------------------------------------------------------------------------

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。 平成 年 月 日

医療機関名
住所

電話
(FAX)
医師氏名

一般社団法人 空と花
訪問看護リハビリステーション
日本財団在宅看護センター 殿

印