

介護予防訪問看護・訪問看護指示書  
在宅患者訪問点滴注射指示書

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

患者氏名	様	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日						
患者住所	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											
	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	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M			
	要介護認定の状況	自立	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 ( /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 (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 ( )							
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												
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 20・40・60・( ) 分を週 ( ) 回 屋外歩行訓練 有 ・ 無												
2. 褥瘡の処置等												
3. 装置・使用機器等の操作援助・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下さい。)												
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 : 指定訪問介護事業所名 )												

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
( F A X )  
医 師 氏 名

印

事業所 えおら訪問看護ステーション 殿