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）

ふりがな 氏　名		生年 月日	年　月　日（　歳）
患者住所	〒 Tel		
主たる傷病名			
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
	認知症の状況	□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□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（番号に☑印）		□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・胃瘻：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．リハビリテーション　理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護
1日あたり□20分　□40分　□60分　□（　）分を週（　）回

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　TEL：
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：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：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。

年　月　日

医療機関名
住　所　電話（FAX）　（　）
医師氏名　印

事業所　水沢病院訪問看護ステーションきらり
TEL：0197-25-3833　FAX：0197-47-3843