

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

※該当する指示書を○で囲むこと
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 年 月 日 (歳)									
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	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2			
	自立度	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	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・胃瘻: 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.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 (注: 介護保険の訪問看護を行う場合に記載) 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