

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	年	月	日	()	歳)			
患者住所	電話 () -									
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)							
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	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
		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-R2020 分類		D 3	D 4	D 5	NPUPAP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 (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 : 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. 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) 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										
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 : 訪問介護事業所名)										

上記のとおり、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

殿

(別紙様式 17 の 2)

精神科特別訪問看護指示書
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

特別看護指示期間 (年 月 日 ～ 年 月 日)

点滴注射指示期間 (年 月 日 ～ 年 月 日)

[illegible]

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名

電話

(FAX.)

医師氏名

印

事業所

殿

特別訪問看護指示書
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

特別看護指示期間 (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 年 月 日 (歳)
病状・主訴： 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由：	
留意事項及び指示事項 (注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)	
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)	
緊急時の連絡先等	

上記のとおり、指示いたします。

年 月 日

医療機関名
電 話
(FAX.)
医師氏名

印

事業所 殿