

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( 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 )  
点滴注射指示期間( 20 年 月 日 ~ 20 年 月 日 )

|  |   |   |
|--|---|---|
| 患者氏名   | 明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳 )  |   |
| 患者住所   | 電話 ( ) —  |   |
| 主たる傷病名   |   |   |
| 現在の状況  | 病状・治療状態   |   |
|  | 投与中の薬剤の用法・用量  | 1. 5. 9.<br>2. 6. 10.<br>3. 7. 11.<br>4. 8. 12.   |
|  | 要介護認定   | 自立 要支援1 要支援2 要介護( 1 2 3 4 5 )   |
|  | 日常生活自立度   | 寝たきり度 正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2<br>痴呆の状況 正常 I IIa IIb IIIa IIIb IV M   |
|  | 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(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( /min)<br>4. 吸引器 5. 中心静脈栄養 6. 輸液ポンプ<br>7. 経管栄養 ( 経鼻・胃瘻 : チューブサイズ , 日に1回交換 )<br>8. 留置カテーテル( サイズ , 日に1回交換 )<br>9. 人工呼吸器( 陽圧式・陰圧式 : 設定 )<br>10. 気管カニューレ( サイズ )<br>11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 |
|  | 留意事項および指示事項   |   |
|  | I 療養生活上の留意事項  |   |
|  | II 1. リハビリテーション<br>2. 褥瘡の処置等<br>3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理<br>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<br>( 無 有 : 指定訪問看護ステーション名 )<br>たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示<br>( 無 有 : 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。

指定訪問看護ステーション  
医療法人社団慶泉会  
訪問看護ステーション あゆみ 殿  
東京都町田市南町田2-1-45  
SAKAEビル4F  
042-799-6556

医療機関名  
住 所  
電 話  
医師氏名

20 年 月 日

印