

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書

記載の注意点

※該当する指示書を○で囲むこと

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	II a	II b	III a	III b	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 (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. 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: 訪問介護事業所名)							
上記のとおり、指示いたします。							

令和3年4月より、リハビリの指示について詳細を記載する様に変更となっています。

医療機関名
住所
電話
(FAX)
医師氏名

印

事業所

殿