

訪問看護指示書
在宅患者訪問点滴注射指示書
(診療情報提供書) ※訪問該当する指示書を○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		生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)
患者住所	TEL () —						
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)				
現在の状況	病状・治療状態						
	投与中の薬剤の用法、用量	1.	2.	3.	4.	5.	6.
該当項目に○	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
		痴呆の状況	I	II	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・使用医療器具等	1・自動腹膜灌流	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・胃ろう: 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							
2. 褥創の処置等							
3. 装置・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 (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 年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX)
医 師 名

㊞