

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

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() ー																		
主たる傷病名		(1)			(2)			(3)												
傷病コード		(1)			(2)			(3)												
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療 心身の状態																			
	投与中の薬剤の 用量・用法																			
	日常生活自立度		寝たきり度		J1		J2		A1		A2		B1		B2		C1		C2	
			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		自立		要支援(1 2)		要介護(1 2 3 4 5)													
	褥瘡の深さ		NPUP 分類(III度 IV度)		DESIGN 分類(D3 D4 D5)															
装着・使用 医療機器等		☐ 自動腹膜灌流装置 ☐ 透析液供給装置 ☐ 在宅酸素療法(/min) ☐ 吸引器 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 輸液ポンプ ☐ 経管栄養(経鼻・胃瘻 :サイズ / 日に1回交換) ☐ 留置カテーテル(留置部位 / サイズ / 日に1回交換) ☐ 人工呼吸器(陽圧式・陰圧式 :設定) ☐ 気管カニューレ(サイズ) ☐ 人工肛門 ☐ 人工膀胱 ☐ 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・言語聴覚士が行う訪問看護 1日あたり()分を週()回 ※屋外歩行(可・不可)																				
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、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日
医療機関名
住 所
電 話
(F A X)
医 師 氏 名

印