

# 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)               |      |                     |          |       |        |      |     |
| 傷病名コード  |                           |        |                   |      |                     |          |       |        |      |     |
| 現在の状況<br>(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-R2020 分類           |        | D 3               | D 4  | D 5                 | 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 ( 1 / 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<br>( 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<br>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<br>( 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<br>( 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