

(別紙様式16)

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 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		
患者住所	電話 () -		
主たる傷病名	(1)	(2)	
傷病名コード		(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 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症の状況 I IIa IIb IIIa IIIb 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 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 (/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 (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 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 (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。

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(F A X .)

医師氏名

印

事業所 24QQ訪問看護ステーション