

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(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		年	月	日	( 歳)				
患者住所	電話 ( ) -									
主たる傷病名	*パーキンソン病の場合:ホーエン・ヤールの重症度ステージ I・II・III・IV・V 生活機能障害度 1度・2度・3度									
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.				
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
	要介護認定の状況	認知症の状況	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
	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			
留意事項及び指示事項 I 療養生活指導上の留意事項										
*以下を実施する場合はチェックしてください。 II <input type="checkbox"/> 1. リハビリテーション <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                 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)             </div> <input type="checkbox"/> 外出支援 <input type="checkbox"/> 嚥下評価・訓練 <input type="checkbox"/> 身体機能・高次脳機能・呼吸リハビリテーション・日常生活活動・環境整備・介護指導・その他( ) <input type="checkbox"/> 2. 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> 3. 傷の処置 <input type="checkbox"/> 4. 排便コントロール(必要時GE、摘便) <input type="checkbox"/> 5. 装着・使用機器等の操作援助・管理 <input type="checkbox"/> 6. 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。)										
退院当日の訪問看護の必要性 ( 無 有 )										
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										
事業所	指定訪問看護ステーション あい訪問看護ステーション中沢 殿 〒206-0036 東京都多摩市中沢2-5-3 ゆいま〜る中沢A棟1階 TEL 042-311-2822 FAX 042-311-2823			医療機関名 住 所 電 話 ( F A X ) 医 師 氏 名	印					