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(　　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　日生　(　歳)	
患者住所				電話番号	
主たる傷病名					
現在の状況	病状・治療状態				
	投薬中の薬剤の用量・用法				
	日常生活自立度	寝たきり度	正常　J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2		
		認知症の状況	正常　I　IIa　IIb　IIIa　IIIb　IV　M		
	要介護認定の状況				
	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(○印)		・自動腹膜灌流装置　・透析液供給装置　・酸素療法(　/min) ・吸引器　・中心静脈栄養装置　・輸液ポンプ ・経管栄養(　:ﾁｭｰﾌﾞｻｲｽﾞ　日に１回交換) ・留置ｶﾃｰﾃﾙ(部位：　ｻｲｽﾞ　日に１回交換) ・人工呼吸器(　：設定　) ・気管ｶﾆｭｰﾚ(ｻｲｽﾞ　)　・ドレーン(部位：　) ・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.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.褥瘡などの処置

3.装着・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
不在時の対処法

特記すべき留意事項

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
事業所　（ＦＡＸ）
訪問看護ステーション ひまり　殿　医師氏名　　印