

**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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自動腹膜灌流装置                    ・透析液供給装置                    ・酸素療法(                    /min)</li> <li>・吸引器                                    ・中心静脈栄養装置                    ・輸液ポンプ</li> <li>・経管栄養 (                                    :チューブ                                    )                                    日に1回交換)</li> <li>・留置カテーテル(部位:                                    )                                    日に1回交換)</li> <li>・人工呼吸器 (                                    :設定                                    )</li> <li>・気管カニューレ(部位:                                    )</li> <li>・人工肛門                                    ・人工膀胱                                    ・その他:</li> </ul>		
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			
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  
( F A X )

事業所

訪問看護ステーション ひまり 京都西 殿

医師氏名

印