

介護予防訪問看護・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 (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	様	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日					
患者住所	電話 ( )						—				
主たる傷病名											
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										
	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	自立	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 3 4 5)						
	褥瘡の深さ	NPUAP 分類		III度	IV度	DESIGN 分類		D3	D4	D5	
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・胃ろう：チューブサイズ						、 日に1回交換)			
		8.留置カテーテル (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. リハビリテーション											
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)											
2. 褥瘡の処置等											
3. 装置・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。)											
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 : 指定訪問介護事業所名 )											

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日  
医療機関名  
住 所  
電 話  
( F A X )  
医 師 氏 名

印