

(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)	(3)								
傷病名コード											
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	
	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-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 (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											
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 : 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
(FAX.)

医師氏名

印

事業所

殿