訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を〇で囲むこと

訪問看護指示期間(平成　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日)
点滴注射指示期間(平成　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日)

患者氏名				生年月日	(　　歳)
患者住所	電話				
主たる傷病名					
現在の状況（該当項目に〇等）	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		
		認知症の状況	Ⅰ　Ⅱa　Ⅱb　Ⅲa　Ⅲb　Ⅳ　M		
	要介護認定の状況		要支援　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・胃瘻 ： 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.ドレーン(部位 ：　　) 12.人工肛門　13.人工膀胱　14.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

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　　）

上記のとおり、指示いたします。

平成　　年　　月　　日

医療機関名
住　　所
電　　話
(F A X)
医 師 氏 名　　印

指定訪問看護ステーション　　訪問看護ステーション清風園　殿