

指示期間は1ヶ月～6ヶ月の間で  
お願いいたします

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		大・昭・平・令 年 月 日( 歳)						
患者住所	パーキンソン病の場合はホーエン・ヤールの重症度分類(ステージ3以上)と生活機能障害(ⅡまたはⅢ度のもの)についての明記をお願いいたします								
主たる傷病名	←								
現在の状況(該当項目に○等)									
症状・治療状態	投与薬剤の記載をお願いいたします(別紙参照も可)								
投与中の薬剤の用量・用法	該当する事項に○をお願いいたします								
日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	<input checked="" type="radio"/> A1	A2	B1	B2	C1	C2
	認知症の状況	I	Ⅱa	Ⅱb	<input checked="" type="radio"/> Ⅲa	Ⅲb	Ⅳ	M	
要介護認定の状況	要支援( 1 2 )		要介護( 1 2 <input checked="" type="radio"/> 3 4 5 )						
褥瘡の深さ	DESIGN 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 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(部位: 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 <input checked="" type="radio"/> 該当する項目に○及び記載をお願いいたします									
Ⅱ <input checked="" type="radio"/> リハビリテーション									
<input checked="" type="radio"/> 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( <input checked="" type="radio"/> 分を週( <input checked="" type="radio"/> )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									
<input checked="" type="radio"/> 4. その他 例: 一般状態観察・清潔ケア・服薬管理など									
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ください)									
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 <input checked="" type="radio"/> 有: 指定訪問看護ステーション名 <input checked="" type="radio"/> ○○○訪問看護ステーション )									
療の吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 (無 <input checked="" type="radio"/> 有: 訪問介護事業所名 )									

この欄は詳細に指示事項を記載頂ければ幸いです

どちらかに○をお願いいたします

医療機関名  
住所  
電話・FAX  
医師氏名

印