

特別訪問看護指示書
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 ～ 令和 年 月 日）※有効期限最大14日間
点滴注射指示期間（令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日）※有効期限最大7日間

※該当する指示書を○で囲むこと

患者氏名				生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	(歳)
症状・主訴									
褥瘡の深さ	★NPUAP分類：	III	IV	☆DESIGN分類：	D3	D4	D5		
留意事項及び指示事項 (注：点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載してください。)									
※薬剤アレルギー： 無 ・ 有 ()									
点滴注射指示内容（投与薬剤・投与量・投与方法等）									
緊急時の連絡先等（かかりつけ医の携帯番号等）									

上記のとおり、指示いたします。

令和 年 月 日

医療機名
住所
電話・FAX
医師氏名

訪問看護ステーション ワースリビング座間 殿

㊞

★褥瘡の深さの分類 NPUAP（ステージⅢ）：全組織欠損。皮下脂肪は確認できるが、骨、腱、筋肉は露出していないことがある
★褥瘡の深さの分類 NPUAP（ステージⅣ）：骨、腱、筋肉の露出を伴う全組織欠損
☆褥瘡の深さの分類 DESIGN D3:皮下組織までの損傷 D4:皮下組織を超える損傷 D5:関節腔、体腔に至る損傷または、深さ判定が不能の場合