

**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 (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	年 月 日 (歳)							
患者住所	TEL										
主たる傷病名											
現在の状況	症状・治療状態										
	投与中の薬剤の用法・用量	1.	2.	3.	4.	5.	6.				
	日常生活自立度	寝たきり度	自立	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
		認知症の状況	自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M	
		要介護認定の状況	要支援 (1 2)		要介護 (1 2 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(該当番号に○印)	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 (:チューブサイズ 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 (: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											
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・臨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ください。)											
他の訪問看護ステーションへの指示 (無 ・ 有 : 殿)											
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 : 殿)											

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

年 月 日

医療機関名
住所
電話・FAX
医師氏名

印