

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)  
点滴注射指示期間 (令和 年 月 日～令和 年 月 日)

患者氏名			生年月日	明・大・昭・平	年	月	日					
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											
	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	自立	要支援 (1 2)		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・胃ろう：チューブサイズ				、		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.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												
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. 装置・使用機器等の操作援助・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、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 : 指定訪問介護事業所名 )												

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

住 所

電 話

F A X

医 師 氏 名

ミルカ訪問看護ステーション 殿

〒121-0816

東京都足立区梅島 2-38-11 鴨下マンション 203

TEL:03-5888-7639 FAX:03-5888-7640

印