

(別紙様式16)

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		年 月 日		( 歳 )							
患者住所	電話 ( ) -											
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)									
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	1.	2.	3.	4.	5.						
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2		
	要介護認定の状況	認知症の状況	I		IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M		
	褥瘡の深さ	DESIGN-R2020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												
II 1. 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、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 : 訪問介護事業所名 : )												

上記のとおり、指示いたします。  
指定訪問看護ステーション  
イーリス訪問看護ステーション

年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
( FAX. )  
医 師 氏 名

印