

(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 (令和 年 月 日 ~ 年 月 日)  
点滴注射指示期間 (令和 年 月 日 ~ 年 月 日)

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	
患者住所	電話 ( ) -	
主たる傷病名	(1)	(2) (3)
病状・治療状態		
投与中の薬剤の用量・用法	1. 2. 3. 4. 5. 6.	
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	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	
ホーエン・ヤールの重症度	分類 1 2 3 4 5 生活機能障害度 I II III	
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. リハビリテーション(屋外歩行 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 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。

令和 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
( F A X )

医師氏名

印

事業所 野いちご訪問看護ステーション 殿