

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 年 月 日 (歳)		
患者住所	電話 ( ) -			
主たる傷病名	(1) ヤール( )	(2) 生活機能障害度( )	(3)	
傷病名コード	(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. 3. 5.	2. 4. 6.	
	日常生活自立度	寝たきり度 I IIa IIb	J1 J2 A1 A2 B1 B2	C1 C2
	認知症の状況	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	1. 自動腹膜灌流装置 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法(1/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

理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて  
1日あたり 20・40・60・( ) 分を週( ) 回 (注: 介護保険の訪問看護を行う場合に記載)

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  
(FAX)  
医 師 氏 名

印

エブリー訪問看護ステーション 殿