

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	年 月 日 （ 歳）							
患者住所				電 話							
主たる傷病名											
現在の状況	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		要支援（ 1 2 ）				要介護（ 1 2 3 4 5 ）				
	褥 瘡 の 深 さ		DESIGN-R2020分類		D 3	D 4	D 5	NPUAP分類		Ⅲ度	Ⅳ度
	装着・使用医療機器等	自動腹膜灌流装置		透析液供給装置		酸素療法（		1/min）			
		吸引器	中心静脈栄養		輸液ポンプ						
		経管栄養（	：チューブサイズ		日に1回交換）						
		留置カテーテル（部位	サイズ		日に1回交換）						
		人工呼吸器（	：設定		）						
		気管カニューレ（サイズ	）								
		人工肛門	人工膀胱		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 不在時の対処											
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入して下さい）											
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、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 ）  
指定訪問看護ステーション  
こまぎの訪問看護ステーション 天馬 殿  
医師氏名  
印