

# 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 |   | D3                | D4                  | D5               | NPUAP分類 |        | Ⅲ度          | Ⅳ度     |    |
| 装着・使用医療機器等                                       | 自動腹膜灌流装置       | 吸引器   | 経管栄養（留置カテーテル（部位）） | 人工呼吸器（気管カニューレ（サイズ）） | 人工肛門             | 透析液供給装置 | 中心静脈栄養 | 酸素療法（輸液ポンプ） | 1/min） |    |
|  |                |   |                   | ：チューブサイズ            |                  | ：サイズ    |        | 日に1回交換）     |        |    |
|  |                |   |                   | ：設定                 |                  |         |        | ）           |        |    |
|  |                |   |                   |                     |                  | 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<br>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<br>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<br>( 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<br>( 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