

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（平成 年 月 日 ～ 年 月 日）

点滴注射指示期間（平成 年 月 日 ～ 年 月 日）

患者氏名		生年月日		年 月 日		( 歳 ヶ月 歳)				
患者住所		電話番号：								
主たる傷病名										
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療・状態									
	投与中薬剤の用法・用量									
	日常生活	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2
	自立度	認知症の状況	I		II a	II b	III a	III b	IV	M
	要介護認定の状況		要支援 ( 1 2 )		要介護 ( 1 2 3 4 5 )					
装着・使用医療機器等	1. 自動腹膜還流装置      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：チューブサイズ Fr.      ヶ月に1回交換) 8. 留置カテーテル(膀胱・その他      :サイズ Fr.      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 (サイズ内径      mm)      11. ドレーン (部位：      ) 12. 人工肛門      13. 人工膀胱      14. 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： 2. 褥創の処置等： 3. 装着・使用機器等の操作援助・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：										
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 )										

上記のとおり、指示いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

住 所：

電 話：

FAX：

指定訪問看護ステーション

医師氏名

印

殿