

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

|                                                                                                                                                        |            |     |                                                                                                                                                                                                                 |      |  |     |                                   |   |  |     |  |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|-----|-----------------------------------|---|--|-----|--|------|--|
| フリガナ<br>患者氏名                                                                                                                                           |            | 様   |                                                                                                                                                                                                                 | 生年月日 |  | 年   |                                   | 月 |  | 日   |  | ( 歳) |  |
| 患者住所                                                                                                                                                   |            | 電話  |                                                                                                                                                                                                                 |      |  |     |                                   |   |  |     |  |      |  |
| 主たる傷病名                                                                                                                                                 |            | (1) |                                                                                                                                                                                                                 |      |  | (2) |                                   |   |  | (3) |  |      |  |
| 傷病名コード                                                                                                                                                 |            | (1) |                                                                                                                                                                                                                 |      |  | (2) |                                   |   |  | (3) |  |      |  |
| 現在の状況<br>(該当項目に○等)                                                                                                                                     | 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                                                                                                                                                                                   |      |  |     | 認知症の状態 I IIa IIb IIIa IIIb IV V 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 ( /min) 4. 吸引器<br>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 : 日に1回交換)<br>8. 留置カテーテル (部位: サイズ、日に1回交換) 9. 気管カニューレ (サイズ)<br>10. 人工呼吸器 (陽圧式・陰圧式: 設定)<br>11. 人工肛門 12. 人工膀胱 13. その他 ( ) |      |  |     |                                   |   |  |     |  |      |  |
|                                                                                                                                                        | 感染症        |     | HBsAg ( ) HCVAb ( ) TPHA ( ) MRSA ( : 部位 )                                                                                                                                                                      |      |  |     |                                   |   |  |     |  |      |  |
|                                                                                                                                                        | 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<br>〔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<br>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)〕<br>2・褥瘡の処置等<br>3・装着医療機器等の操作援助・管理<br>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などがありましたら記載して下さい)                                                           |            |     |                                                                                                                                                                                                                 |      |  |     |                                   |   |  |     |  |      |  |
| 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 )<br>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 : 訪問介護事業者名 )                                                             |            |     |                                                                                                                                                                                                                 |      |  |     |                                   |   |  |     |  |      |  |

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 番 号  
医 師 氏 名

印

事業所：九十九里ホーム訪問看護ステーション 殿