

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～ 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 日生 (歳)	
患者住所	電話番号			
主たる傷病名				
現在の状況	病状・治療状態			
	投薬中の薬剤の用法・用量			
	日常生活自立度	寝たきり度	正常	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
		認知症の状態	正常	I IIa IIb IIIa IIIb IV V
	要介護認定の状況		要支援(I II) 要介護(1 2 3 4 5)	
装着・使用機器等(○印)	自動腹膜還流装置	透析液供給装置	酸素療法(/min)	
	吸引器	中心静脈栄養装置	輸液ポンプ	
	経管栄養(:チューブサイズ	日に一回交換)		
	留置カテーテル(サイズ	日に一回交換)		
	人口呼吸器(:設定)		
	気管カニューレ(サイズ)	ドレーン(部位)	
	人工肛門	人工膀胱	その他	
留意事項及び指示事項				
I 療養生活上の留意事項				
II 1. リハビリテーション				
2. 褥瘡などの処置				
3. 装置・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 不在時の対処法				
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、指定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

(FAX)

医師氏名

指定訪問看護ステーション

シームレスケア訪問看護ステーション 殿

印