

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・使用医療機器等(○印)	自動腹膜還流装置	吸引器	経管栄養( :チューブサイズ	留置カテーテル(サイズ	人口呼吸器( :設定	気管カニューレ(サイズ )	人工肛門	
	透析液供給装置	中心静脈栄養装置					人工膀胱	
	酸素療法( /min)	輸液ポンプ					その他	
			日に一回交換)	日に一回交換)				
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 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 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)								
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)

指定訪問看護ステーション

医師氏名

印

シームレスケア訪問看護ステーション 殿