訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書

※該当する指示書を〇で囲むこと

指示期間は「最長6か月」の範囲でしか認められません訪問看護指示期間（令和　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）
※1　注射指示の有効期間は1週間です　点滴注射指示期間（令和　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）

患者氏名		生年月日：	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日（　　歳）
患者住所	〒 電話（　　）　　－		

主たる傷病名	1　　2 3　　4 ※2 ※「〇〇癌末期」※パーキンソン病はYahrの重症度分類　Ⅲ　Ⅳ　Ⅴ　生活機能障害度　2　3　に〇をご記入ください

現在の状況（該当項目に〇等）			
病状・治療状態			
投与中の薬剤の用法・用量	1　　2 3　　4 5　　6		
日常生活自立度	寝たきり度	自立　J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2	
	認知の状況	自立　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　）	
※3	褥瘡の深さ	NPUAP分類（　Ⅲ度　Ⅳ度　）　DESIGN分類（　D3　D4　D5　）	
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（　　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・胃ろう：チューブサイズ　　日に1回交換） 8．留置カテーテル　（部位：　　サイズ　　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　　）　11．ドレーン（部位：　　） 12．人工肛門　13．人工膀胱　14．その他（　　） 〇を付けて　カッコ内に　必ず記入してください	

留意事項及び指示事項
Ⅰ 療養生活指導上の留意事項

創傷部位の皮膚の観察　炎症に注意　など

Ⅱ
1．リハビリテーション:　禁忌動作体位　内科疾患合併症の負荷量など　　屋外歩行訓練：有・無

2．褥瘡の処置等:　処置方法　使用薬剤　褥瘡の状態　薬剤の選択

3．装着・使用医療機器等の操作援助・管理:　装着器具の種類　サイズ　カテーテルなどの定期的な交換の頻度や注意点　管理
トラブル発生時の対応方法　在宅酸素の場合は安静時と労作時の指示量　呼吸困難の際の注意点など

4．その他:　食事制限　カロリー　飲水量　排便コントロールの内容など　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　投与方法など）

毎日～点滴　500ml　6時間で投与　～混注　～mg　～部位へ皮下点滴

緊急時の連絡先：　携帯電話
不在時の対応法：　留守番電話にて対応

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載して下さい）

〇〇〇〇服用後　60分は安静にして対応　など

他の訪問看護ステーションへの指示（　有　・　無　）　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（　有　・　無　）　訪問介護事業所名：

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示致します。　※4　令和　　年　　月　　日

医療機関名　　**上記⇒指示開始日以前の日付で統一してください**
住　所
電　話
（ＦＡＸ）
医師氏名　　印

こころ訪問看護ステーション　殿