

**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～ 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： 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			
※「～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○をご記入ください					
現在の状況（該当項目に○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 ）
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（）				
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： 屋外歩行訓練： 有 ・ 無 2. 褥瘡の処置等： 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・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 投与方法など）					
緊急時の連絡先： 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・随時対応型訪問看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）					
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。 令和 年 月 日

医療機関名  
住 所  
電 話  
(FAX)  
医師氏名

印