（別紙様式16）

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（　　年　月　日～　　年　月　日）
点滴注射指示期間（　　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)		
現在の状況（該当項目に○等） 病状・治療状態			
投与中の薬剤の用量・用法	1. 3. 5.	2. 4. 6.	
日常生活自立度	寝たきり度	J1　J2　A1　A2　B1　B2　C1　C2	
	認知症の状況	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	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 4. 吸引器 7. 経管栄養　（経鼻・胃瘻：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. 人工肛門	2. 透析液供給装置 5. 中心静脈栄養 12. 人工膀胱	3. 酸素療法（　ℓ/min） 6. 輸液ポンプ 13. 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

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・投与方法等）

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。）

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、指示いたします。

年　月　日

医療機関名
住　所
電　話
（FAX）
医師氏名　㊞

事業所　舞鶴赤十字訪問看護ステーション　殿