

表記期間:1か月～6か月

未記入の場合:1か月と判断

点滴の指示期間:1週間

# 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 ( 28年4月1日～ 28年9月30日)

点滴注射指示期間 ( 28年4月1日～ 28年4月8日)

患者氏名	○○○○	生年月日	明・大・昭・平 ○年○月○日 ( ○ 歳)		
患者住所	○○○	TEL			
主たる傷病名	ここに書かれる傷病名により、介護保険の対象か、医療保険の対象かの判断基準となります。				
現在の状況	症状・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	
		認知症の状況	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	DESIGN分類 D3 D4 D5 / NPUAP分類 III度 IV度			
装着・使用医療機器等(該当番号に○印)	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 ( :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 ( :設定 ) 10. 気管カニューレ (サイズ ) 11. 人工肛門 12. 人工膀胱 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  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・臨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ください。)					
他の訪問看護ステーションへの指示 ( 無・有 : 複数の訪問看護ステーションに訪問看護指示書を交付している場合に、記入してください 殿)					
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 ( 無・有 : 殿)					

○をつけた場合は、( )内は必ず記入してください。

①看護師が行う「診療の補助」行為については、具体的な指示を記載してください。

②褥瘡の処置の場合は、深さの分類に○をつけてください。  
分類は、P.○参照

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。指示期間開始より以前の日付を記入してください。平成 28 年 3 月 30 日

医療機関名

住所

電話・FAX

医師氏名

印

訪問看護ステーション○○

殿

一般社団法人 静岡県訪問看護ステーション協議会 発行

訪問看護活用ガイド 2016年版より 抜粋