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 （ 2021 年 4 月 1 日～ 2021 年 9 月 30 日）
点滴注射指示期間 （ 2021 年 4 月 1 日～ 2021 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（ ）

○をつけた場合は、（ ）内は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

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。

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

①リハビリは必要ではあるが、看護師が行う場合は、1に○をつけてください。
②リハビリスタッフによるリハビリ実施を必要とする場合は、1に○をつけたうえで、1回の所要時間や頻度を指示してください。詳細は指示をする訪問看護ステーションとよくご相談ください。

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）

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。 2021 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 参照・加筆