

介護予防訪問看護・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 大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	
患者住所	電話 ( ) -	
主たる傷病名	(1)	(2)
傷病名コード	(3)	
<b>ココに記載される傷病名(コード)により、 介護保険または医療保険の適用になる判断基準となります</b>		
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. 2. 3. 4. 5. 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-R2020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 2. 透析液供給装置 3. 酸素療法 ( /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 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 <b>全体的な注意点を包括的に記載して下さい</b>		
II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 1日あたり ( ) 分を週 ( ) 回 2. 褥瘡の処置等 <b>訪問看護で行う医療処置・機器管理等について</b> 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理 <b>具体的な指示を記載して下さい</b> 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) <b>点滴注射を指示する場合、薬剤名・量・速度・方法・注意事項など、具体的に記載して下さい</b>		
緊急時の連絡先 不在時の対応 <b>夜間も含め緊急時の連絡先を記載して下さい</b>		
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。) <b>病状や身体・精神的理由で複数名での訪問看護が必要な場合、その旨を記載 感染症やアレルギー等について記載して下さい</b>		
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) 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: 訪問介護事業所名) <b>複数の訪問看護ステーションに対して 指示書を交付している場合に記載して下さい</b> 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  
殿

事業所 訪問看護ステーション Gift

**上段の「訪問看護指示期間」  
開始日以前の日付をご記入下さい**