

# 記入方法

## 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

別書式でも可

※ 該当する指示書を○で囲むこと

訪問看護指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)  
在宅注射指示期間(平成 年 月 日～ 年 月 日)

患者氏名	様		生年月日	明・大・昭・平	年	月	日					
患者住所	訪問看護指示期間は最長6カ月。 医師の判断で1カ月毎から出せる。						電話	( )	-			
主たる傷病名												
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	別紙でも可										
	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	自立	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	DESGN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( /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(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											
留意事項及び指	必ず記入 内服管理・食事指導・水分体重管理・呼吸状態の観察・インスリン自己注射指導・自己血糖測定指導・移乗方法の確認・転倒注意等											
必要時チェック	療養生活指導等の留意事項											
	1.リハビリテーション      歩行動作の維持・筋力維持・筋力低下予防・補助具の使用法指導・転倒転落注意											
	2.褥瘡の処置等      具体的な処置内容・管理方法											
	3.装置・使用機器等の操作援助・管理      ストマ管理・カテーテル管理・受診前の採血・他科の採血											
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)												
あれば記入してください。												
緊急時の連絡先不在時の対応法	必ず記入してください。											
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。

※指示内容が変更になった場合、  
書面で指示を出してください。  
(FAXでも可)

医療機関名  
住 所  
電 話  
(FAX)  
医 師 氏 名

平成 年 月 日

発行日が指示期間より前より発行  
(期間開始日を含む)

印

指定訪問看護ステーション

様