

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								
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										
	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 要介護 ( 1 2 3 4 5 )									
	褥瘡の深さ	NPUAP分類(★) III度		IV度		DESIGN分類(☆) D3					D4
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 ( ℓ/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 ( 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      13. 人工膀胱      14. 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 :											

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

印

済生会まほろば訪問看護ステーション 殿

★褥瘡の深さの分類 NPUAP(ステージIII):全組織欠損。皮下脂肪は確認できるが、骨、腱、筋肉は露出していないことがある。  
★褥瘡の深さの分類 NPUAP(ステージIV):骨、腱、筋肉の露出を伴う全組織欠損。  
☆褥瘡の深さの分類 D3:皮下組織までの損傷 D4:皮下組織を超える損傷 D5:関節腔、体腔に至る損傷または、深さ判定が不能の場合