

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	年 月 日 ( 歳)		
患者住所			電話			
主たる傷病名	①	②	③			
傷病名コード						
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. 3. 5.	2. 4. 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 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 ( 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 〔 1日あたり ( )分を週 ( )回 〕						
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