

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

訪問看護指示期間（令和 年 月 日～令和 年 月 日）
点滴注射指示期間（令和 年 月 日～令和 年 月 日）

患者氏名	様	生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 年 年 年 年 年 月 月 月 月 月 日(歳)
患者住所	岩手県 市 郡 町 村		電話:
主たる傷病名	(1)		傷病名コード(ICD-10コード)
	(2)		傷病名コード(ICD-10コード)
	(3)		傷病名コード(ICD-10コード)

※パーキンソン病はホーン・ヤールの重症分類度、生活機能障害度の両方をご記入ください。

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	※薬剤情報添付の場合は「別紙添付」とご記入の上、情報の添付をお願い致します。									
	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	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.人工肛門 12.人工膀胱 13.その他 () 14.腹膜透析〈薬液など〉										

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:

(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:
3. 装置・使用機器等の操作援助・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、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。)

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:指定訪問介護事業所名:)

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

住所

電話

FAX

医師氏名

清和会訪問看護ステーション ひまわり 殿

印