（別紙様式16）

訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書

1ヶ月～最長6ヶ月でご記入下さい

※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 ～ 平成●●年●月●●日）
点滴注射指示期間（平成●●年●月●●日 ～ 平成●●年●月●●日）

患者氏名	○○　○○	生年月日	明・(大)・昭・平□□年□□月□□日（ ** 歳）
患者住所	東京都＊＊市××町△△△123－456	電話	(000)000-0000
主たる傷病名	(1) ●●●●●	(2) ●●●●●	(3) ●●●●●

現在の状況（該当項目に○等）

病状・治療状態	△△△△△△△△△△△△△△△△△△△△	
	*パーキンソン病の場合は必ずご記入願います Hoehn&Yahrの重症度分類（1 2 3 4 5）　生活機能分類（Ⅰ Ⅱ Ⅲ 度）	
投与中の薬剤の用量・用法	1. AAAAAAAA 3. CCCCCCCC 5.	2. BBBBBBBB 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	

○を付けた場合、カッコ内は必ずご記入下さい

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　（Drコール条件：　）

サンプルサンプルサンプルサンプルサンプルサンプルサンプルサンプルサンプルサンプルサンプルサンプル

Ⅱ (1.) リハビリテーション・屋外歩行訓練　[中止基準：血圧　脈　SPO2]

リハビリを行う場合、必ず○をお願いします

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.) 入浴介助　[中止基準：血圧　体温　その他：]
5. 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）

サンプルサンプルサンプルサンプル　サンプルサンプルサンプル

緊急時の連絡先不在時の対応法

◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆
◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆◆

夜間を含め、緊急時の連絡先をご記入下さい

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。）

サンプルサンプルサンプルサンプル

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。

指示日は指示期間開始日より前でお願いします

平成＊＊年＊＊月＊＊日

医療機関名　○○○○クリニック
住所　＋＋市◎◎町××0000-000
電話　999-999-9999
FAX　999-999-9998
医師氏名　□□　□□□　印

指定訪問看護ステーション　SAKURA訪問看護リハビリステーション昭島　殿