

# 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

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)

|   |   |       |                                    |  |
|---|---|-------|------------------------------------|--|
| 利用者氏名   |   | 生年月日  |                                    |  |
| 利用者住所   |   |       | 電話番号                               |  |
| 主たる傷病名  |   |       |                                    |  |
| 現在の状況(該当項目に○印)  | 病状・治療状態   |       |                                    |  |
|   | 投与中薬剤の用法・用量   |       |                                    |  |
|   | 日常生活自立度   | 寝たきり度 | 自立 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2 |  |
|   |   | 認知の状況 | 自立 I II a II b III a III b IV M    |  |
|   | 要介護認定の状況  |       | 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 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<br>6.輸液ポンプ 7.経管栄養( ) 8.留置カテーテル( )<br>9.人工呼吸器(設定: ) 10.気管カニューレ(サイズ: )<br>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<br>理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて<br>1日あたり(20・40・60)分を週( )回(注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載)<br><br>リハビリ内容:<br>2. 褥瘡の処置等<br><br>3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理<br><br>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:<br>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<br>(無・有: ) 殿)  |   |       |                                    |  |
| たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示<br>(無・有: ) 殿)   |   |       |                                    |  |

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  
(F A X)  
医 師 氏 名

エル訪問看護リハビリステーション  
 事業所番号:1262190551  
 〒277-0074 千葉県柏市今谷上町48-7  
 TEL:04-7197-1582 FAX:04-7197-1583

印

# 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

記入方法

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)

|  |  |  |      |                          |  |  |
|--|--|--|------|--------------------------|--|--|
| 利用者氏名  |  |  | 生年月日 |                          |  |  |
| 利用者住所  | 訪問看護指示書期間は最長6カ月<br>医師の判断で1か月毎から出せます  |  |      | 電話番号                     |  |  |
| 主たる傷病名   |  |  |      |                          |  |  |
| 現在の状況<br>(該当項目に○印)                                     | 病状・治療状態  |  |      |                          |  |  |
|  | 投与中薬剤の用法・用量  | 別紙でも可  |      |                          |  |  |
|  | 日常生活自立度  | 寝たきり度  | 自立   | J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2  |  |  |
|  |  | 認知の状況  | 自立   | I IIa IIb IIIa IIIb IV M |  |  |
|  | 要介護認定の状況   | 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 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<br>6.輸液ポンプ 7.経管栄養( )<br>9.人工呼吸器(設定: ) 気管カニューレ(サイズ: )<br>11.ドレーン(部位: ) 12.その他( ) |  |      |                          |  |  |
| 留意事項及び指示事項   |  | 内服管理・食事指導・水分体重管理・呼吸状態の観察<br>インスリン自己注射指導・自己血糖測定指導   |      |                          |  |  |
| I 療養生活指導上の留意事項   |  | 必ず記入   |      |                          |  |  |
| II 1. リハビリテーション  |  | 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護の一環として行うものについて<br>1日あたり(20・40・60)分を週( )回(注:介護保険の訪問看護を行う場合に記載)<br>リハビリ内容: 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 |      |                          |  |  |
| 必要時記入  | 2. 褥瘡の処置等  | 具体的な処置内容・管理方法  |      |                          |  |  |
|  | 3. 装着・使用医療機器等の操作援助・管理  |  |      |                          |  |  |
|  | 4. その他   | 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:   |  | 必ず記入してください   |      |                          |  |  |
| 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:  |  | 殿)   |      |                          |  |  |
| 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:  |  | 殿)   |      |                          |  |  |

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

※指示内容が変更になった場合は必ず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)

令和 年 月 日

発行日は指示期間より前の日付でお願いします

エム事業  
〒27-0011 千葉県市川市上野町1-1-1  
TEL:04-7197-1582 FAX:04-7197-1583

医師氏名

印