

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
囲んで下さい。

※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		
主たる傷病名	(1)	(2)
現	病状・治療 状 状態	

有効期間は6か月以内です。
例) 1か月の場合: ○年2月1日~○年2月28日
例) 6か月の場合: ○年2月12~○年8月11日
在宅患者訪問点滴注射指示書の有効期間は1週間です。

訪問看護において公費となる医療券をお持ちの利用者の場合は、その医療券に該当する病名の記載もお願いいたします。その医療券に該当する病名の記載もお願いいたします。パーキンソン病はホーエン・ヤールの重症度分類・生活機能障害度を、末期がんの場合は、必ず「○○がん末期」とご記入下さい。

C 1 C 2
M

該当項目に○等)	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	DESIGN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 (1 /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・経腹・サイズ)	8. 経管栄養 (経鼻・経腹・サイズ)	9. 経管栄養 (経鼻・経腹・サイズ)	10. 経管栄養 (経鼻・経腹・サイズ)	11. 人工肛門	12. 人工膀胱	13. その他 ()		

使用医療機器の有無や取り扱いに関する記入をお願いします。(サイズや用量等)

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. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護
(日あたり () 分を週 () 回)

2. 褥瘡の処置等

3. 装着・使用

4. その他

在宅患者訪問点

① リハビリは必要ではあるが、看護師が行う場合は、1に○をつけて下さい。
② リハビリスタッフによるリハビリ実施を必要とする場合は、1に○をつけたうえで、1回の所要時間や頻度を指示して下さい。

緊急時の連絡先
不在時の対応法

緊急連絡先と電話番号の記載をお願いします。

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
(無 有: 訪問介護事業所名

複数の訪問看護ステーションの利用がある場合は、ステーション名の記入をお願いします。

上記のとおり、指示いたします。 年 月 日
医療機関名

発行日は指示書の記入日、もしくは指示期間開始以前の日付で
お願いいたします。開始日より後の日付になりますと、遡って
の指示書の発行は認められておりませんので、ご注意下さい。