

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）  
（注）指示期間は最長6ヶ月

※患者氏名		※生年月日		明・大・昭・平・令 年 月 日（ 歳）							
※患者住所		電話（ ） —									
※主たる傷病名		(1)		(2)		(3)					
現在の状況	病状治療状態										
	投与中の薬剤 用法・用量										
	日常生活自立度	寝たきり度	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	
		認知症の状況	I	II a	II b	III a	III b	IV	M	なし	
		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		D 3	D 4	D 5
装着・使用医療機器等	1. 酸素療法（ l/min） 2. 吸引器 3. 中心静脈栄養 4. 輸液ポンプ 5. 経管栄養（経鼻・胃瘻：サイズ Fr、日に1回交換） 6. 気管カニューレ（サイズ ） 7. 人工呼吸器（設定 ） 8. 留置カテーテル（サイズ Fr、日に1回交換） 9. 人工肛門 10. その他（ ）										
※指示内容	1. リハビリテーション 2. 褥瘡の処置等 3. 使用医療機器等の操作援助・管理 4. その他（療養生活指導 等）						禁忌事項				
在宅患者訪問看護点滴注射に関する指示（投与薬剤・投与量・投与方法等）											
※緊急時連絡先 不在時対応法											
特記すべき留意事項											
※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。											

※令和 年 月 日

指定訪問看護ステーション
訪問看護ステーション ライフ 殿
〒631-0804 奈良県奈良市神功5丁目3-15
ルルデハイツ103
TEL 0742-70-1230 FAX 0742-70-1231

※医療機関名	
住所	
TEL	
FAX	
医師氏名	印

※印は必要項目です