

該当する指示書を○で囲む

訪問看護指示書 在宅患者訪問点滴注射指示書

最大指示期間は6か月まで可
例)令和7年5月22日～11月21日

点滴注射指示期間は
7日間とし、月に何回でも
交付可

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)

該当する指示書を○で囲むこと

患者氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (歳)								
患者住所	指示日は原則診察日です 電話 () -								
主たる傷病名	オンライン請求に必要なため、コードを記入。(2)								
症病名コード	パーキンソン病の場合はホーエン・ヤールの重症度分類・生活機能障害度の記入が必要								
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	褥瘡の深さの判定基準に(NPUAP分類、DESIGN分類)を記入							
	日常生活自立度	寝たきり度	J1	J2	A1	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	NPUAP分類(★)		III度	IV度	DESIGN分類(☆)		D3	D4	D5
該当する番号に○、方法・内容を記入	1. 自動腹膜灌流装置	2. 透析液供給装置	3. 酸素療法 (ℓ/min)						
装着・使用医療機器等	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 内服管理、食事指導、水分体重管理、呼吸状態の観察、インスリン自己注射指導、自己血糖測定指導、転倒防止等							
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 1日当たり()分を週()回) リハビリの場合は、(○)分を週(○)回を記入							
		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. その他 投与薬剤・投与量・投与方法・投与経路・投与速度等を詳細に記入							
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)		在宅療養支援診療所はファーストコールが訪問看護の場合は							
緊急時の連絡先		①緊急時は、まずは訪問看護で対応してください							
不在時の対応法		②往診医連絡先 の記入							
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。)									
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)		介護保険での訪問の際、退院日に訪問が必要な場合はその理由を記入							
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:指定訪問介護ステーション名)		日付は指示開始日またはそれ以前の日付で記入							

上記のとおり、指示いたします

年 月 日

医療機関名
住 所
電 話
(FAX .)
医 師 氏 名

